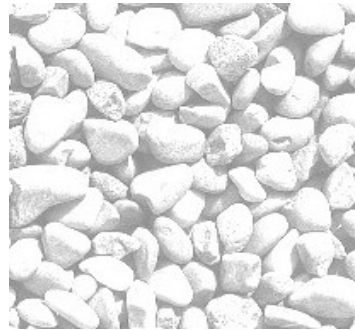




ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 13, 2014



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

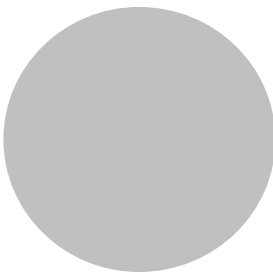
Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela
Fabio Sbattella

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
www.psicologia-editoria.eu
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano
E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it; tel. 3458499120; fax 0240708753.
Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento
E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 13, 2014

Indice

Marilena Tettamanzi

Introduzione

Introduction

P. 4

Luigi Ranzato

Prefazione a Una rivisitazione del governo terapeutico. La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari, di Katherine Rehberg

Preface to Revisiting therapeutic governance. The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings, by Katherine Rehberg

P. 6

Katherine Rehberg

Una rivisitazione del governo terapeutico. La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari

Revisiting therapeutic governance. The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings

P. 8

Norme per gli autori

Instructions to authors

P. 50

Intervenire da un punto di vista psicologico in modo professionale ed etico entro contesti di emergenza e di assistenza umanitaria richiede la piena consapevolezza delle potenzialità e dei rischi insiti nelle azioni e nei progetti proposti.

In qualità di psicologi esperti in tale ambito ci ritroviamo più volte a sottolineare l'importanza di un intervento da parte nostra sia nell'immediato post impatto di eventi calamitosi, sia nel lungo termine e nell'evoluzione della ricostruzione, sia a supporto di popolazioni implicate in complesse vicende umanitarie.

Le argomentazioni che portiamo a supporto di tale convinzione sono molteplici. Sottolineiamo spesso che l'essere presenti immediatamente sul campo a supporto di chi è travolto da eventi calamitosi consente di prevenire il blocco dell'elaborazione emotiva e cognitiva degli eventi, favorendo l'integrazione e l'elaborazione delle informazioni e dei vissuti emotivi e nel contempo riducendo il rischio di evoluzioni patologiche; l'intervento immediato è volto a ridurre l'isolamento e a promuovere l'attivazione di reti di supporto sociale, a contrastare la passività a favore di un processo di empowerment della comunità colpita; a lungo termine, inoltre, riteniamo che interventi di rielaborazione, di promozione della resilienza individuale e collettiva possano contrastare processi incistati e bloccati e favorire l'avvio di processi di crescita e di circoli virtuosi, promossi dalla possibilità di modificare la prospettiva.

Accanto alla consapevolezza delle potenzialità degli interventi psicologici, tuttavia, è di estrema importanza conoscere i rischi che tali interventi possono comportare. Nei contesti di emergenza si interviene su situazioni fortemente destrutturate, per questo estremamente sensibili e responsive agli interventi in grado di promuovere cambiamento. Tale facilità di cambiamento presuppone una profonda assunzione di responsabilità degli interventi proposti e l'attenzione ai processi che si vanno ad attivare ed alimentare. Al contrario, spesso, nelle situazioni di assistenza umanitaria ci si trova ad interfacciarsi con contesti fortemente strutturati, statici e caratterizzati da principi complessi e spesso non immediatamente intellegibili. In tali situazioni è sempre presente il rischio di passi falsi, di sovrapposizione in processi delicati, la cui smobilitazione potrebbe avere effetti sconosciuti e percepiti come pericolosi.

Qualsiasi tipologia di intervento ad alto potenziale richiede la massima attenzione alle riverberanze che può avere, alla professionalità con cui è gestito e alla sua eticità. Ciò vale ancora di più quando i soggetti destinatari dell'intervento sono collettività rese fragili da eventi improvvisi o cronici.

La professionalità di chi opera in questo ambito sta nella conoscenza dei processi psichici, emotivi, ma anche comportamentali ed organizzativi implicati a diversi livelli. La professionalità sta nella preparazione dell'azione e la contemplazione degli effetti che suscita per poter operare aggiustamenti volti al benessere del destinatario. La professionalità sta nel ricordare che l'intervento è efficace, coerente, adeguato se promuove l'attivazione delle risorse del territorio, mettendole in grado nel breve tempo di assumere su di sé la prosecuzione del processo avviato. La professionalità sta nel mettersi ai margini e non al centro della scena, affinché i destinatari diventino i promotori del proprio benessere.

La conoscenza dei punti critici e criticabili del nostro operato ci rende professionisti consapevoli e in grado di migliorare la nostra pratica.

Per questo motivo riteniamo di fondamentale importanza fermarci a riflettere sulle critiche che a torto o a ragione vengono rivolte a chi opera in questo campo, per conoscerle, comprenderle e riconoscerne gli elementi di valore che ci costringono a migliorare.

Altrettanto importante è conoscere ed imparare a contrastare in modo costruttivo tali critiche, elaborando strumenti che permettano di tutelare il nostro operato, ma anche il benessere dei destinatari degli interventi. Questi ultimi, infatti, devono e possono avvantaggiarsi dal dialogo creativo che nasce dalle critiche e dal bisogno di rispondervi in modo puntuale.

Sulla base di tali riflessioni, abbiamo ritenuto importante uscire con un numero monografico della rivista, presentando il complesso ed interessante articolo di Katherine Rehberg, con il quale risponde in modo costruttivo e propositivo alle critiche avanzate da Vanessa Pupavac, dell'Università di Nottingham.

L'articolo è preceduto da una nota del nostro direttore, Luigi Ranzato al quale dobbiamo il merito di aver ottenuto l'autorizzazione a pubblicare l'articolo tradotto e adattato. Come suggerisce Ranzato, l'augurio è che le riflessioni proposte siano da stimolo per approfondire un tema così centrale per promuovere ed incrementare la nostra professionalità.

Marilena Tettamanzi

Prefazione a *Una rivisitazione del governo terapeutico. La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari*, di Katherine Rehberg

La direzione ringrazia Katherine Rehberg per aver acconsentito alla pubblicazione nella nostra Rivista del suo lavoro *Revisiting therapeutic governance. The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian setting* nella versione italiana curata da Gabriele Lo Iacono.

L'autrice, con laurea in International Affairs alla George Washington University e Master in Refugee and Forced Migration Studies alla University of Oxford, ha operato, secondo un'ottica psicosociale, in vari programmi umanitari in Africa, Asia e Medio Oriente a favore di minori, e negli Stati Uniti a favore dei rifugiati.

Se gli psicologi e gli psichiatri debbano o no operare nelle situazioni umanitarie di emergenza e se le attività di supporto alla salute mentale e al benessere psicosociale siano non solo efficaci ma anche eticamente e politicamente corrette è una questione sulla quale si dibatte da più di venti anni. Lo dimostra pure la ricca bibliografia che viene riportata nel lavoro di Katherine Rehberg, che sul tema ci offre una risposta soppesata ed equilibrata. Del resto, già dal 2007, con la pubblicazione delle *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* da parte dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC erano stati apportati significativi aggiustamenti sulle obiezioni di tipo culturale e politico.

Mi auguro che su questo argomento, nei prossimi numeri della Rivista, i colleghi che hanno operato e continuano ad operare in ambito di emergenze umanitarie intervengano con propri contributi.

Ringrazio Psicologi per i Popoli - Trentino che ha generosamente contribuito alle spese di traduzione del lavoro di Katherine Rehberg e rivolgo un saluto a tutti i nostri soci e ai lettori della Rivista, la cui direzione dal 2015 passerà in altre mani, in coincidenza con il rinnovo delle cariche elettive della Federazione. Nel numero 0 del 2006 la Rivista veniva proposta come una "prova tecnica e di maturità per gli psicologi dell'emergenza", ma anche come una "proposta di collaborazione rivolta a tutti i cultori della materia, interni ed esterni alle nostre associazioni" e infine come "una scommessa lanciata dal volontariato professionale degli psicologi per un arricchimento della professione e un suo riconoscimento sociale". Traguardi ambiziosi ai quali in questi anni ci siamo avvicinati grazie alla spinta propulsiva che il presidente

nazionale prof. Fabio Sbattella ha dato al progetto e al lavoro prezioso dei collaboratori, Marilena Tettamanzi come vicedirettore e Gabriele Lo Iacono per la redazione, grafica e impaginazione. Mi auguro con tutti i colleghi di Psicologi per i Popoli - Federazione che il cammino della rivista prosegua sostenuto dall'impegno, dalla motivazione e dall'amicizia con cui l'abbiamo avviato.

Luigi Ranzato, Direttore della Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria.

Katherine Rehberg

Una rivisitazione del governo terapeutico

La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari

Riassunto

Sempre più spesso negli ultimi decenni i programmi umanitari hanno cercato non soltanto di proteggere la vita e la salute fisica delle persone ma anche di rispondere ai loro bisogni psicologici e di promuoverne il benessere sociale, come dimostrano lo sviluppo e la notevole diffusione dei cosiddetti programmi di sostegno di salute mentale e psicosociale/MHPPS. Nonostante la loro proliferazione, essi hanno ricevuto molte critiche, e il settore è stato attraversato da un intenso dibattito. In questo articolo l'autrice esamina l'evoluzione dei programmi di MHPPS, e i relativi dibattiti, analizzando le considerazioni critiche di Vanessa Pupavac, secondo la quale essi sono una forma di "governo terapeutico" e omogeneizzano, patologizzano, controllano e depoliticizzano le comunità colpite.

Nella sua analisi, l'autrice si concentra in particolare sulle IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support del 2007, in quanto modello di riferimento per le prassi attuali nel campo dell'MHPPS. Sostiene che il settore ha compiuto progressi significativi andando verso un modello di programma psicosociale culturalmente appropriato e funzionale all'empowering dei destinatari nell'ambito degli interventi umanitari, anche se permane la necessità di valutare criticamente i singoli programmi specifici di situazione in situazione. Quanto ai problemi dell'omogeneizzazione e della patologizzazione, malgrado siano stati affrontati dalle Linee guida IASC, permane il rischio che i programmi di MHPPS diano un loro contributo all'effetto generalmente controllante e depoliticizzante dei programmi umanitari.

Parole chiave: IASC Guidelines, sostegno psicosociale, sostegno di salute mentale, intervento umanitario, Vanessa Pupavac.

Abstract

Over the last several decades, humanitarian programmes have increasingly sought to preserve not only physical life and health, but also to address psychological needs and to promote the social well-being of people. This can be seen in the development and widespread use of the so-called mental health and psychosocial support (MHPSS) programmes. Despite their proliferation, they have been widely criticised, and the field marked by intense debate.

In this paper, the author discusses the evolution of MHPSS programmes and the associated debates by analysing Vanessa Pupavac's critique of psychosocial programming as constituting 'therapeutic governance', or the homogenisation, pathologisation, controlling and depoliticisation of affected communities.

In her analysis, she focuses on current practice as represented by the 2007 IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. She argues that the field has made significant progress toward a culturally-appropriate and empowering model of psychosocial programming within humanitarian interventions, but that individual programmes would still benefit from situation-specific evaluation. Though the critiques of homogenisation and pathologisation have been addressed by the IASC guidelines, she argues that there remains the potential for MHPSS programmes to contribute to the controlling and depoliticising nature of broader humanitarian programming.

Key words: IASC Guidelines, psychosocial support, mental health support, humanitarian intervention, Vanessa Pupavac.

La sofferenza è notoriamente una componente dell'esperienza umana; la tristezza, l'afflizione e la disperazione sono da secoli oggetto di analisi accademiche, spiegazioni religiose e ricerche scientifiche. L'assistenza umanitaria nei disastri naturali, nei conflitti e nei casi di migrazione forzata ha naturalmente a che fare con questa sofferenza, dal momento che "considera la difesa della vita e l'alleviamento della sofferenza come il valore più alto dell'azione" (Fassin, 2007 in Barnett 2011, p. 12). Negli ultimi trent'anni, i programmi umanitari hanno cercato sempre più non soltanto di salvaguardare la vita e la salute in senso fisico ma anche di affrontare i bisogni psicologici e di promuovere il benessere sociale (Ager 1993; Miller e Rasco 2004; van Ommeren et al., 2005). La sempre maggiore delle problematiche psicologiche nei contesti umanitari si riflette nello sviluppo di iniziative di assistenza di nuovo genere, alle quali ci si riferisce genericamente con l'espressione "programmi di salute mentale e psicosociali" (o con l'acronimo MHPSS, che sta per *mental health and psychosocial support*). I programmi di questo tipo hanno assunto molte forme, dall'intervento degli psichiatri nelle emergenze alla promozione dell'intervento psicologico sul trauma, alla creazione di spazi per offrire sostegno ai bambini fino a iniziative di sviluppo della comunità e di *peace-building* che si articolano su tempi più lunghi.

Nonostante tale proliferazione, i programmi di sostegno di salute mentale e psicosociale sono molto criticati, e il settore è stato teatro di un intenso dibattito. I bisogni psicologici possono essere difficili da valutare e gli effetti di un programma possono essere difficili da misurare (Tol et al., 2012). Si dubita anche della rilevanza transculturale dei programmi, sovente fondati su una concezione tipicamente occidentale della salute mentale e del benessere (Ager, 1993; Angel et al., 2001). A volte essi hanno dato per scontato che nella popolazione fossero presenti livelli di sofferenza superiori a quelli poi accertati successivamente (Silove, 1999; Summerfield, 2001), e vengono accusati di favorire un'importazione acritica di concetti psicologici nella ricerca e nell'indagine accademica (Malkki, 1995). Viene messa in discussione anche la validità dei concetti psicologici su cui spesso si fondano i programmi psicosociali, compreso il concetto di "trauma", come spiegazione della presenza di particolari tipi di stress psicologico, e la diagnosi, a esso strettamente connessa, di disturbo post-traumatico da stress/PTSD (Bracken e Petty, 1998; Kleber et al., 1992; Summerfield, 1999; Young, 1995).¹

Il discorso nell'ambito dei programmi psicologici è attraversato da varie tensioni che hanno portato a controversie apparentemente insolubili: se le conoscenze acquisite in un contesto culturale siano generalizzabili o specifiche; se i programmi debbano dare la priorità alla conoscenza psicologica tecnica oppure alle strategie di cura locali; se gli interventi debbano essere

¹ Kleber et al. (1995) e Marsella et al. (1996) in Ingleby (2005, pp. 10-11) forniscono una concisa panoramica dei dubbi riguardo all'universalità e alla rilevanza del PTSD rispetto ai programmi psicosociali. Anche Kienzler (2008) esamina la letteratura sui discorsi e i dibattiti in merito al PTSD e al trauma. Howell (2012) tratta dell'evoluzione dell'uso politico del PTSD nei programmi psicosociali in ambito umanitario.

mirati a particolari categorie “vulnerabili” oppure debbano essere pensati per fornire aiuti comunitari a livello di società (Ager 1997). C’è poi una certa competizione tra figure professionali collegate a discipline diverse, che possiamo grossolanamente suddividere in propugnatori degli interventi a sostegno della salute mentale (solitamente psicologi, psichiatri e altri professionisti nel campo della salute mentale) e fautori degli interventi sociali (generalmente operatori sociali, esperti di tutela dell’infanzia e altri operatori specializzati; Wessells e van Ommeren, 2008; Ager, 2008). Sulla base di queste critiche e di questi dibattiti, Vanessa Pupavac (2001, p. 358) ha affermato che i programmi di salute mentale e psicosociali sono una forma di governo terapeutico, ovvero un mezzo di controllo mediante il quale gli attori umanitari (che agiscono per conto di interessi “occidentali”) cercano di gestire il rischio sociale globale. I programmi psicosociali sono quindi considerati depoliticizzanti e disumanizzanti, fondandosi su una controversa omogeneizzazione e patologizzazione dei bisogni delle comunità e delle loro risposte agli eventi “traumatici” (Pupavac, 2006b).

Queste critiche hanno influito sia sul piano delle linee politiche che su quello della pratica. Professionisti e accademici hanno proposto nuovi modelli di concettualizzazione dei bisogni di salute mentale e psicosociali, cercando di risolvere il problema dell’irrelevanza transculturale degli interventi e quello dell’indebita patologizzazione delle comunità colpite (ad es., Psychosocial Working Group, 2002; Ager et al., 2005). A livello globale, l’Inter-Agency Standing Committee/IASC, che è un forum per il coordinamento internazionale tra le agenzie umanitarie dell’Onu e le altre agenzie, ha costituito una task force deputata a sviluppare delle linee guida sull’MHPSS nelle emergenze. Sono state quindi prodotte le *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* (d’ora in poi denominate “linee guida IASC”; IASC, 2007), le quali prescrivevano una serie di standard minimi per gli interventi psicosociali e stabilivano delle linee guida per il coordinamento fra agenzie (van Ommeren et al., 2007). Successivamente sono state sviluppate altre risorse (ad es., WHO, 2012), ed è stata costituita la Mental Health and Psychosocial Support Network, “una piattaforma globale [...] per la condivisione di risorse e la costruzione di conoscenze relative al sostegno di salute mentale e psicosociale” (MHPSS Network, 2013, Paragrafo 1).

Tuttavia, per quanto tali sviluppi siano stati visti come “una svolta nella riflessività professionale” (Abramowitz e Kleinman 2008, p. 220), occorre proseguire con la riflessione sulle implicazioni politiche dell’MHPSS (ibidem; de Jong et al., 2008; Wessells e van Ommeren, 2008). Si è detto che le linee guida IASC sono la testimonianza e il prodotto di un “consenso” significativo nel settore, ma sono focalizzate sulla pratica anziché sull’analisi teorica o politica (van Ommeren et al., 2005; Ager, 2008). Pertanto, restano aperte alcune domande importanti: dove si colloca la prassi attuale rispetto ai dibattiti storici del settore? Quale tipo di conoscenza viene privilegiato? Quali sono i presupposti fondanti del pensiero odierno? Questo approfondimento è particolarmente urgente dal momento che degli interventi di MHPSS mal progettati possono fare danni minando le strategie di fronteggiamento locali, favorendo la vulnerabilità e consolidando delle dinamiche di potere inadeguate

in ambito umanitario (Wessells, 2009). L'MHPSS si colloca all'intersezione tra diverse prospettive che spesso pretendono di possedere conoscenze universali e oggettive: il paradigma biomedico "occidentale" della patologia e della malattia; la devozione alla "neutralità" del sistema umanitario; l'imperativo morale di alleviare la sofferenza. Questo aumenta ulteriormente la necessità di un'analisi critica che metta in risalto le dinamiche politiche sottostanti. Inoltre, sempre più spesso si usano concetti psicologici per rappresentare la sofferenza; è stato scritto che "il trauma sta sostituendo la fame nella concettualizzazione occidentale delle conseguenze delle guerre e dei disastri" (Pupavac, 2001, p. 358). L'effetto di questo paradigma psicologico è particolarmente importante nel campo degli studi sui rifugiati, che spesso ha assorbito acriticamente nei programmi e nella ricerca accademica "modalità di conoscenza psicologizzanti e forme di relazione di tipo terapeutico" (Malkki, 1995, p. 510).

Questo lavoro esplora le implicazioni politiche degli attuali programmi di MHPSS analizzando e valutando la teoria del governo terapeutico della Pupavac e applicandola alla prassi attuale, per come essa viene rappresentata nelle linee guida IASC. Tale teoria è utile perché esamina non soltanto le considerazioni di ordine culturale ma anche quelle relative al controllo, al potere e alle implicazioni politiche dell'MHPSS. In ogni caso, qui valuteremo anche l'utilità della teoria della Pupavac esaminandone i punti di forza, i punti di debolezza, i presupposti e le affermazioni teoriche. Pertanto, questo studio rifinisce la critica della Pupavac e fa il punto sullo stato attuale dei programmi di MHPSS rivisitando il concetto di governo terapeutico e le sue implicazioni. In particolare, questo lavoro affronta tre quesiti di ricerca: 1) che cos'è il governo terapeutico e in cosa consiste la critica ai programmi psicosociali? 2) Qual è l'utilità critica del concetto di governo terapeutico? 3) Fino a che punto la prassi attuale, per come viene rappresentata nelle linee guida IASC, costituisce una forma di governo terapeutico?

Metodi e metodologia

Questa valutazione si basa su un approccio costruttivista e mira a portare alla luce i presupposti impliciti prima nella teorizzazione dei programmi psicosociali proposta dalla Pupavac e poi nell'attuale prassi dell'MHPSS. Questo consentirà di analizzare i modi in cui i programmi di salute mentale e psicosociali costruiscono e regolano le posizioni di particolari soggetti più o meno abilitati come attori politici. Benché non sia mia intenzione fornire raccomandazioni politiche, dalla trattazione emergeranno alcuni punti di riflessione ulteriore nel settore. Il primo e il secondo quesito di ricerca vengono affrontati mediante l'analisi e la valutazione dei lavori della Pupavac (2001; 2002; 2004a; 2004b; 2006a; 2006b; 2008; 2012) e di altre ricerche su cui si fonda la critica dei programmi di salute mentale e psicosociali (ad es., Bracken, 2002; Duffield, 2001b; Summerfield, 1999; Young, 1995). In tale analisi, assimilo la critica ai programmi psicosociali della Pupavac e ne ricavo

una struttura composta di quattro elementi: l'omogeneizzazione, la patologizzazione, il controllo e la depoliticizzazione.

Per rispondere al terzo quesito di ricerca intraprendo un'analisi testuale delle linee guida IASC e applico questa struttura quadripartita alla valutazione dello stato dei programmi attuali. Le Linee guida rappresentano la "buona prassi" nel campo e indicano le risposte minime prescritte in tutte le emergenze. Sono state adottate e approvate da tutti gli attori umanitari, dell'ONU e non, e oggi guidano la programmazione e il pensiero nel settore. Pertanto, qui supporremo che le Linee guida siano rappresentative della prassi attuale e che analizzandone il linguaggio, le affermazioni e i presupposti impliciti scopriremo qualche aspetto del pensiero odierno nel settore (Gee, 2011).

Naturalmente quest'analisi si limita alle linee guida IASC e alla letteratura secondaria che deriva da questo documento, e pertanto è un'analisi parziale della "prassi attuale". In realtà, la prassi comprende un'ampia gamma di programmi, operatori, fonti di finanziamento, comunità riceventi e contesti storici e politici. Ciò nonostante, questo studio fornisce due contributi nuovi nel settore dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari: una "fotografia" dell'attuale posizione teorica del settore e una struttura per analizzare i programmi nei singoli contesti specifici.

Sebbene non manchino lavori sul valore normativo e l'implementazione pratica dei programmi di MHPSS, quelli che si occupano dello stato attuale del dibattito teorico sono meno numerosi. Anche a causa del proliferare di riferimenti alle critiche teoriche sollevate ai primi del nuovo secolo, il settore ha reagito negli ultimi anni costruendo un consenso intorno agli aspetti pratici e programmatici invece di soffermarsi sulle differenze filosofiche inconciliabili. Questo lavoro contribuisce a colmare questa lacuna cercando di stabilire fino a che punto la critica della Pupavac sia ancora rilevante per la prassi.

Inoltre, invece di alimentare ulteriormente il dibattito teorico, in gran parte "sterile", che ha portato a dare priorità alle preoccupazioni di ordine maggiormente pratico (Ager, 2008), questo articolo rivisita e perfeziona la stessa critica della Pupavac e fornisce una nuova cornice di riferimento per valutare le politiche e le posizioni teoriche dei programmi attuali. Assimilando e organizzando i lavori della Pupavac e il concetto di governo terapeutico applicato agli interventi di salute mentale e psicosociali in contesti umanitari, contribuisco a questa analisi di come le persone vengono controllate, nel bene e nel male, con l'impiego di particolari concetti (Howell, 2012). Pertanto, questo studio colma una lacuna anche perfezionando la critica della Pupavac alla luce della prassi attuale, rendendola più rilevante ai fini della prassi oggi diffusa.

Terminologia

Insita nel mio modo di utilizzare la critica della Pupavac, e nella mia stessa metodologia costruttivista, è la convinzione che il linguaggio e la scelta delle parole influiscano sulla realtà. Per questo è utile esaminare certi

linguaggi e certe parole. Ad esempio, ai fini di questa trattazione, io suppongo che il concetto di trauma sia utile per descrivere circostanze che generano sofferenza, ma il fatto che io utilizzi questo termine non implica che ne accetti acriticamente il diffuso impiego, né che io accetti tutti i concetti associati, come quello di PTSD; quando sarà necessario esaminarli più approfonditamente, lo farò.

Analogamente, in tutto il testo utilizzerò espressioni come “emergenza”, “disastro” e “contesti umanitari” in riferimento a “situazioni prodotte da conflitti armati e disastri naturali in cui ampi segmenti delle popolazioni sono a rischio *acuto* di morte, immensa sofferenza e/o perdita della propria dignità” (IASC, 2007, p. 17). Questa è la definizione diffusa nel campo dell’MHPSS ed è un modo pratico per descrivere sinteticamente i contesti in cui i programmi psicosociali vengono spesso attuati. Tuttavia, ognuna di queste espressioni si fonda su certi presupposti che io identificherò e affronterò quando servirà alla trattazione.

Inoltre, queste espressioni abbracciano un’ampia gamma di circostanze, dai disastri naturali ai conflitti fino alle situazioni di migrazione forzata. Ognuna porta con sé diverse implicazioni politiche, storiche e pratiche e, sebbene le linee guida attuali nel campo dell’MHPSS siano applicabili a molte di queste situazioni, il grado in cui esse costituiscono una forma di governo terapeutico può dipendere dal contesto specifico. Questo lavoro si focalizzerà principalmente sulle esperienze connesse al conflitto, alla guerra o ai disastri naturali causati dall’uomo (ad es., crisi alimentari) anziché su disastri naturali come gli uragani. Ci concentreremo in modo particolare sugli interventi umanitari nei Paesi in via di sviluppo, sebbene i principi dell’MHPSS possano essere applicati anche ai contesti industrializzati.

Sinossi

Questo scritto si articola in tre sezioni principali. Nella prima riassumo la teorizzazione dei programmi psicosociali sviluppata dalla Pupavac, integrando il suo lavoro sul governo terapeutico con la letteratura che utilizza la critica dell’autrice. Sostengo che il concetto di governo terapeutico non è di per sé né buono né cattivo ma quando la Pupavac lo applica ai programmi psicosociali, esso ne mette in evidenza gli aspetti omogeneizzanti, patologizzanti, controllanti e depoliticizzanti. Pur basandosi sull’analisi del lavoro dell’autrice, questa struttura quadripartita è una mia invenzione e servirà a orientare la trattazione che segue.

Nella seconda sezione propongo una valutazione dell’utilità critica della teoria della Pupavac. Ne analizzo le prospettive teoriche e i presupposti impliciti, affermando che le sue posizioni riguardo alla cultura, all’agentività,²

² Agentività (in inglese *agency*) è un termine introdotto da A. Bandura per indicare la capacità delle persone di agire attivamente nel proprio contesto, trasformare la realtà in cui si è inseriti e si opera (ndt dal Dizionario delle scienze psicologiche, Zanichelli, <http://psicologia.zanichellipro.it/>).

alla vulnerabilità e al PTSD la indeboliscono. Qui vengono individuati i limiti dell'applicazione della critica della Pupavac, se ne evidenziano gli aspetti più salienti e si richiama l'attenzione sull'importanza di applicare in modo critico la teoria.

Infine, nella terza sezione, ritorno alla mia struttura quadripartita e la applico ai programmi di MHPSS odierni che le linee guida IASC rappresentano, avendo sempre in mente i limiti della teoria evidenziati nella seconda sezione. Questa analisi dimostra che i programmi di MHPSS di oggi evitano espressamente i problemi dell'omogeneizzazione e della patologizzazione e hanno fatto passi avanti per quanto riguarda il controllo e la depoliticizzazione. Così oggi la critica della Pupavac è molto meno rilevante. Tuttavia questa trattazione attesta anche la necessità di valutare l'implementazione delle linee guida di MHPSS oltre che le linee guida IASC in sé e per sé. In questo modo la struttura quadripartita derivante dalla critica della Pupavac conserva la sua utilità. Quindi, sebbene quella del governo terapeutico rimanga una chiave di lettura utile per esaminare i programmi di MHPSS nei singoli contesti specifici, la natura politica del sostegno di salute mentale e psicosociale dovrebbe essere analizzata principalmente nel contesto del più ampio governo umanitario internazionale piuttosto che in quello del governo *terapeutico* in particolare.

Analisi del governo terapeutico e dei programmi psicosociali

Prima di valutare la critica della Pupavac e di utilizzarla per analizzare la prassi corrente, è necessario innanzitutto definire il governo terapeutico e vedere come l'autrice adopera questo concetto nella sua critica degli interventi di salute mentale e psicosociali. Per la Pupavac, la problematicità dei programmi di MHPSS sta nella loro natura omogeneizzante, patologizzante, controllante e depoliticizzante. Ho prodotto io stessa questo schema quadripartito basandomi sull'analisi del suo lavoro e della letteratura sull'argomento, a cui farò ampiamente riferimento. Questa discussione serve a inquadrare la valutazione e l'applicazione della critica in questione, che verranno esposte di seguito.

Definizione di governo terapeutico

Il governo terapeutico è definito come una “nuova forma di governo internazionale basata sulla gestione del rischio sociale” (Pupavac, 2001, p. 258), la quale “stabilisce una connessione tra benessere psicologico e sicurezza, e cerca di coltivare personalità capaci di fronteggiare il rischio e l'insicurezza” (Pupavac, 2005, pp. 161-162). La protezione e la promozione della salute psicologica, più che una questione privata di interesse personale, sarebbero un aspetto del buon governo prodotto con un'ampia diffusione di nozioni e concetti psicologici nella società contemporanea (ibidem, p. 162). Questo tipo di governo si fonda su alcuni presupposti: che la natura degli

esseri umani sia fondamentalmente psicologica; che lo stato psicologico possa essere più o meno “sano”; che particolari metodi (“terapeutici”) possano migliorare la disfunzione psicologica; che sia nell’interesse della società incoraggiare e proteggere il benessere psicologico. Il governo terapeutico è stato denominato anche “governo terapeutico internazionale” alludendo al tentativo di gestire il rischio attraverso metodi psicologici a livello globale oltre che a livello nazionale (Pupavac, 2001). Secondo Pupavac, il governo terapeutico ha avuto origine nel contesto culturale “angloamericano” e si è diffuso a livello planetario grazie al potere egemonico de “l’Occidente” sul “non Occidente” nella società globale contemporanea (Pupavac, 2001).

Il concetto in questione si collega anche alla concettualizzazione della “governamentalità” di Michel Foucault (1991). Per Foucault, non c’è nel governo alcuna essenza intrinseca che ne determini le pratiche; al contrario, le particolari pratiche mobilitate per governare, o per “osservare, monitorare, forgiare e controllare il comportamento delle persone”, ne stabiliscono la natura (Gordon, 1991, pp. 3-4). Il governo è quindi un’arte, un’attività o una pratica che può essere “pensabile e praticabile sia da chi la pratica sia da coloro sui quali è praticata” (Gordon, 1991, p. 3). Il governo terapeutico può quindi essere descritto come l’arte di governare attraverso i metodi della “competenza psicologica e l’ampia diffusione e assimilazione sociale della conoscenza psicologica” (McKinney, 2007, p. 484). Secondo Foucault, “l’arte della governo” utilizza sempre più metodi “biopolitici” di questo tipo, che sono una forma di potere diffuso attraverso la quale i soggetti “regolano se stessi”. L’autore si astiene perlopiù da giudizi di valore su questo tipo di governo (Gordon, 1991), e il governo terapeutico della Pupavac potrebbe allo stesso modo lasciare ampio spazio per considerazioni sui suoi effetti positivi, negativi o neutri.

I programmi psicosociali in quanto forma di governo terapeutico

La Pupavac utilizza il concetto di governo terapeutico per criticare gli interventi psicosociali nei programmi umanitari, concludendo che essi sono strumenti mediante i quali le comunità riceventi vengono omogeneizzate, patologizzate, controllate e depoliticizzate. I programmi psicosociali sono una manifestazione del governo terapeutico, dal momento che utilizzano postulazioni psicologiche circa gli effetti della guerra sui singoli e sulle comunità. La giustificazione delle considerazioni psicosociali negli interventi umanitari si basa sull’idea che l’esposizione a eventi “traumatici” possa causare una disfunzione psicologica nelle persone e che “le esperienze traumatiche non trattate [nelle società] tendono ad alimentare nuovo odio e nuove guerre” (Agger et al., 1995 in Summerfield, 1999, p. 1457; Pupavac, 2001). Le quattro categorie che seguono approfondiscono la descrizione di questi argomenti e le scelte teoriche che esse hanno alla base.

Omogeneizzazione

Innanzitutto, la Pupavac sostiene che i programmi psicosociali si fondano su un etichettamento problematico delle persone che ricevono gli aiuti, e a loro volta lo alimentano. Una rassegna degli strumenti utilizzati per misurare i bisogni psicosociali dei rifugiati ha messo in evidenza il fatto che le definizioni legali come “rifugiato” o “dislocato all’interno del Paese” non sono sempre utili per identificare i livelli di sofferenza e i bisogni psicologici delle popolazioni (Hollifield et al., 2002, p. 618). Benché ciò sia certamente vero, la critica della Pupavac va oltre, affermando che le definizioni utilizzate per progettare e implementare i programmi psicosociali sono di per se stesse problematiche in quanto semplificano e omogeneizzano le esperienze uniche delle singole persone e comunità.

La Pupavac contesta l’idea che le popolazioni colpite dalla guerra nella storia recente siano “traumatizzate *in massa* e bisognose di interventi terapeutici” (2004b, p. 491), affermando che i bisogni individuali non dovrebbero essere aggregati a livello sociale e che la comunità umanitaria non dovrebbe presumere che tutti sperimentino gli eventi traumatici allo stesso modo. L’autrice contesta anche il fatto che nei programmi psicosociali sia data priorità all’assistenza dei gruppi “vulnerabili” come quelli costituiti da donne o bambini (2002): sebbene le donne e i bambini possano effettivamente trovarsi a dovere affrontare particolari difficoltà, spiega la Pupavac, non bisognerebbe né dare per scontato che la vulnerabilità equivalga alla vulnerabilità psicologica né escludere dagli aiuti altri gruppi (come quello degli uomini, che potrebbero essere stati fortemente esposti a situazioni violente per avere partecipato ripetutamente a combattimenti di guerra; Pupavac, 2002; Summerfield, 1999). Il fatto di presupporre che le persone coinvolte nei disastri o nei conflitti possano richiedere interventi terapeutici, o che particolari sottogruppi abbiano necessariamente una maggiore probabilità di necessitare di assistenza psicologica, *legittima* i programmi psicosociali e consente ad essi di rafforzare le stesse etichette su cui si basano.

La preoccupazione per l’etichettamento non è un aspetto specifico della critica ai programmi psicosociali della Pupavac: c’è stata infatti un’ampia riflessione sugli effetti dell’etichettamento nell’ambito degli studi sui rifugiati e più in generale nel contesto dell’umanitarismo. Trattando della denominazione di rifugiato a Cipro, Zetter (1991, p. 39) ha affermato che anche le etichette utilizzate per stabilire le priorità dei bisogni e per assegnare responsabilità agli erogatori dell’aiuto umanitario potrebbero creare delle “distinzioni alienanti” potenzialmente dannose. Analizzando il linguaggio metaforico che viene utilizzato nel campo della migrazione forzata non solo per descrivere ma anche per teorizzare i concetti rilevanti, Turton (2003, p. 2) ha affermato che il linguaggio e le etichette determinano “il nostro modo di pensare ai migranti e, di conseguenza, di agire nei loro confronti”.

La critica della Pupavac trae spunto da questo tipo di analisi e mette in discussione le etichette assegnate ai beneficiari dei programmi psicosociali.

Patologizzazione

In secondo luogo la Pupavac ha criticato non soltanto l'impiego di etichette ma anche le specifiche denominazioni utilizzate dai programmi psicosociali. Secondo l'autrice i programmi psicosociali si basano sulla patologizzazione dei destinatari dell'aiuto ovvero sull'idea che la traumatizzazione equivalga alla disfunzione e all'anormalità (Pupavac, 2002; 2006b). Questa patologizzazione sarebbe dovuta al fatto che nel settore ci si basa acriticamente su due concetti collegati fra loro: il primo è la diagnosi di PTSD; il secondo sono le "norme culturali occidentali", che privilegiano una particolare interpretazione della risposta allo stress e al trauma.

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali/DSM* pubblicato dall'American Psychiatric Association nel 1980 stabilì che il PTSD era caratterizzato da tre sintomi: 1) *re-experiencing* (ripetizione dell'esperienza) di un evento traumatico attraverso pensieri intrusivi, sogni o la sensazione che l'evento passato sia presente ora; 2) *numbness* (attenuazione della reattività generale) rispetto al mondo esterno in seguito a un evento traumatico, e sensazione di minore interesse o senso di distacco nei confronti di attività o relazioni significative; 3) comportamenti come ipervigilanza, insonnia o menomazione della memoria comparsi dopo l'occorrenza dell'evento traumatico (DSM-III 1980 in Joseph et al., 1997). Questi sintomi devono essere direttamente connessi a un'esperienza stressante che probabilmente provocherebbe reazioni di stress significative pressoché in chiunque – il che suggerisce che l'evento traumatico deve essere significativo e deve essere universalmente considerato capace di produrre sofferenza (ibidem).

Questo appello all'universalità e all'applicabilità transculturale del PTSD ha stimolato un importante dibattito nel campo dei programmi psicosociali e più in generale della psicologia, della psichiatria e dell'antropologia. I critici, tra cui la Pupavac, richiamano l'attenzione sul fatto che la diagnosi di PTSD deve essere vista alla luce del più ampio contesto politico in cui ha avuto origine. Un'analisi molto citata delle origini del PTSD, ad esempio, afferma che anche se ci sono prove di sofferenza in seguito a eventi "traumatici" nel corso di tutta la storia, il PTSD in particolare è nato come un modo per giustificare l'erogazione di assistenza ai veterani della guerra del Vietnam in difficoltà (Young, 1995). Così, pur essendo una categoria utile per spiegare le reazioni di alcune persone a un trauma, il PTSD non può essere separato dallo scopo politico che svolge in un particolare contesto. Dopo il 1980, la sua definizione si è evoluta; infatti nel 1994 è stata ampliata per comprendervi anche le reazioni di chi ha assistito a eventi traumatici, non solo di chi li ha vissuti direttamente (DSM-IV in Howell, 2012). Inoltre è stato osservato che spesso questa diagnosi viene applicata a intere popolazioni, sebbene tale interpretazione allargata non appartenga alla definizione del disturbo (Ingleby, 2005).

La critica della Pupavac contesta anche il rapporto dei programmi psicosociali con le "norme culturali occidentali" e la funzione che certi tipi di

intervento terapeutico svolgono all'interno della società occidentale (Pupavac, 2001; 2002; 2004b; 2012). Per l'autrice, il PTSD è la "sindrome archetipa della persona emotivamente vulnerabile" (Bracken, 2002 in Pupavac, 2004b, p. 492); nella terapia, inoltre, l'elaborazione delle emozioni assume la priorità rispetto ad altri modi di reagire alla sofferenza. Il PTSD è quindi considerato un'etichetta che serve a facilitare la spiegazione e l'identificazione di "soluzioni" per gli effetti negativi dell'esperienza del trauma. L'autrice afferma che la cultura "occidentale" moderna ha una concezione individualizzata del sé: valorizza l'esperienza soggettiva del singolo; trascura i legami con la comunità più ampia o con l'identità comune; inquadra i problemi sociali in termini emotivi; è incline all'introspezione (Pupavac, 2004b, pp. 492-494). Per giunta, ritornando al concetto di governo terapeutico, "l'Occidente" ritiene che la promozione di questi tipi di risposte terapeutiche nella vita quotidiana sia un segno di responsabilità morale, e che sia importante ai fini di un buon governo. Confrontando tali norme con quelle dei beneficiari "non occidentali" dei programmi umanitari, la Pupavac avverte che i programmi psicosociali sbagliano quando presumono che l'elaborazione delle emozioni tramite l'aiuto terapeutico sia un valore universalmente valido.

Controllo

In terzo luogo, l'autrice suggerisce che questa patologizzazione non è soltanto una conseguenza involontaria dell'esportazione del PTSD e delle "norme culturali occidentali" ma piuttosto un'imposizione di una struttura "occidentale" finalizzata a promuovere gli interessi de "l'Occidente"; in questo modo va al di là di una semplice critica dei programmi psicosociali in quanto culturalmente irrilevanti. A questo proposito, la Pupavac afferma due cose: innanzitutto, che gli interventi terapeutici indeboliscono le risposte della comunità alla violenza e alla sofferenza; in secondo luogo, che tali interventi perpetuano il potere occidentale e lo rendono possibile (Pupavac, 2002; 2004b; 2012).

Secondo l'autrice, i programmi psicosociali vanno a sostituire quelle risposte alternative alla violenza e alla sofferenza che potrebbero essere messe in atto nei contesti culturali "non occidentali" (2004b). Ad esempio, da un certo punto di vista, i programmi psicosociali potrebbero problematizzare gli eventuali sentimenti di rabbia conseguenti a certe esperienze traumatiche, a favore dell'elaborazione emotiva con un terapeuta mirata "superare la rabbia". Benché si possa dire che la rabbia sia un'emozione intrinsecamente negativa e che sia sempre benefico risolverla prima che conduca ad azioni inadeguate o nocive verso altre persone, la Pupavac mette in dubbio questo presupposto sostenendo, al contrario, che un sentimento di rabbia potrebbe essere nell'interesse della persona o della comunità colpita nella misura in cui dà alla parte offesa la spinta per ottenere giustizia. In questo modo, i programmi psicosociali vengono visti come degli strumenti di una più generale "gestione del rischio sociale" (Pupavac, 2001, p. 359). Si ritiene che l'Occidente, legittimato dalla patologizzazione che attribuisce a persone estranee la

responsabilità morale di riconoscere e assistere le persone “traumatizzate” (cioè disfunzionali; Fassin e Rechtman, 2009), promuova degli interventi psicosociali che servono a destabilizzare i meccanismi di fronteggiamento preesistenti, i quali potrebbero danneggiare gli interessi occidentali.

La critica della Pupavac suggerisce altresì che i programmi psicosociali servono gli interessi occidentali anche al di là della prevenzione del rischio; infatti, storicamente, essi sono serviti agli interessi dei finanziatori sia perché sono stati effettuati da personale occidentale sia perché il loro finanziamento ha fruttato alle economie occidentali (van Ommeren et al., 2005). L'autrice sostiene poi che le considerazioni psicosociali aiutano l'Occidente a “restituire un volto umano” alle sue attività umanitarie dopo che esse, a quanto pare, hanno favorito i conflitti in Ruanda, Kosovo e altrove negli anni Novanta anziché risolverli (Pupavac, 2004b, p. 497). All'interno di tali attività umanitarie, le considerazioni psicosociali basate sull'omogeneizzazione e la patologizzazione perpetuano la percezione che gli agenti umanitari³ siano “esperti” in possesso di conoscenze importanti, e quindi di un potere, sui destinatari dell'aiuto (Williamson e Robinson, 2006).

Depoliticizzazione

Infine la Pupavac afferma che il risultato di questa volontà di controllo, esercitata attraverso l'omogeneizzazione e la patologizzazione, è la delegittimazione dei beneficiari in quanto attori politici (Pupavac, 2002). Tale depoliticizzazione vale sia a livello individuale che a livello di comunità, ed è il risultato di due tipi di potere: il primo è la norma diffusa del governo terapeutico; il secondo è un tipo di controllo più esplicito che cerca di conservare l'equilibrio storico del potere geopolitico.

Innanzitutto la Pupavac afferma che i metodi del governo terapeutico portano a una limitazione implicita del diritto all'autonomia politica dei destinatari degli interventi. Il governo terapeutico restringe la gamma di risposte e comportamenti accettabili a disposizione dei “governati”. Il fatto di considerarsi vulnerabili, deboli e bisognosi di interventi terapeutici può minare in ognuno l'autodeterminazione e la volontà di avanzare delle richieste alla comunità, allo stato o agli attori umanitari. Inoltre può legittimare l'adozione del “ruolo di malato” ovvero una posizione, all'interno della società, in cui si è meno capaci di prendere decisioni autonome e si è considerati bisognosi di un aiuto esterno (Parsons, 1951 in Pupavac, 2006; 2006b). Anche se i metodi terapeutici potrebbero portare un qualche sollievo alla sofferenza, riconoscendola e prendendo atto dell'ingiustizia, essi rischiano di perpetuare gli squilibri di potere tra l'implementatore e il beneficiario dell'assistenza

³ Il termine *humanitarians*, che in inglese significa letteralmente *filantropi*, è stato tradotto in tutto il testo con “agenti umanitari” per evitare la connotazione positiva normalmente associata al termine *filantropo* (ndt).

(McKinney, 2007). La Pupavac ha battezzato questa limitazione dell'autonomia politica "riduzione della politica all'amministrazione" (Pupavac, 2001, pp. 358-359). In altre parole, la gestione delle imprevedibili reazioni al trauma, attraverso l'impiego di interventi terapeutici come quelli utilizzati dai vari programmi psicosociali, comporta la possibilità di deviare l'attenzione da ciò che ognuno può indicare come la radice della propria sofferenza e dalle soluzioni che in condizioni naturali si cercherebbero per alleviarla (Summerfield, 2008).

In secondo luogo, la depoliticizzazione è la conseguenza dell'esercizio esplicito di un controllo da parte de "l'Occidente" e del desiderio "occidentale" di mantenere un relativo potere geopolitico. La Pupavac suggerisce, ad esempio, che "il fatto di trattare la guerra alla stregua di una disfunzionalità" durante la Guerra fredda "era considerato dal Sud del mondo come un tentativo di delegittimare i movimenti di liberazione nazionale dal dominio coloniale" (Pupavac, 2001, p. 359). Anche in un contesto post-Guerra fredda i programmi psicosociali sono considerati un modo per giustificare l'interferenza "occidentale" nella politica "non occidentale" (Pupavac, 2004b). Lo stato e i governi internazionali possono intervenire, anche militarmente, grazie a una concezione che ritiene che la violenza sia connessa a un "ciclo di trauma" (*"cycle of trauma"*) e appellandosi a ragioni morali per mettere in atto azioni che altrimenti sarebbero considerate immorali (Pupavac, 2002). Pertanto, non soltanto le persone ma anche gli stati e altri governi sovrani perdono il loro diritto all'autonomia politica grazie alla depoliticizzazione prodotta dai programmi psicosociali.

Valutazione della critica dei programmi psicosociali

Dopo avere presentato il concetto di governo terapeutico e la critica mossa dalla Pupavac ai programmi psicosociali, passo ora a una riflessione sull'utilità di tale critica. Sosterrò che la sua forza sta nella metodologia costruttivista, che, nella tradizione foucaultiana, consente di analizzare i modi attraverso i quali "le comunità professionali [...] costruiscono le posizioni del soggetto" che poi vengono regolate (Laqueur, 2010, p. 1). In questo caso, la distanza disciplinare da cui si muove la Pupavac, rispetto alla psicologia, alla traumatologia e alla pratica umanitaria, le consente una riflessione sia sulla "comunità professionale" responsabile della progettazione e dell'implementazione dei programmi di salute mentale e psicosociali, sia sulla costruzione del "soggetto" destinatario dell'assistenza da parte di tale comunità. Dimostrerò che la critica è fundamentalmente indebolita dai suoi presupposti impliciti riguardo alla cultura, all'agentività, alla vulnerabilità e al PTSD, anche se conserva una sua utilità critica nella parte che analizza i metodi terapeutici, il potere e l'umanitarismo più in generale. Pertanto, sebbene la critica dell'autrice conservi una certa utilità, deve essere applicata soltanto con la consapevolezza di tali limiti.

La comunità professionale e il soggetto costruito

Seconda la critica della Pupavac, la comunità professionale che amministra i programmi di salute mentale e psicosociali costruisce soggetti depoliticizzati e patologizzati, che hanno bisogno di un intervento esterno. La comunità professionale è composta da psicologi, psichiatri, operatori della salute mentale e responsabili che hanno familiarità con la psicologia occidentale e che operano nei contesti umanitari. Il più delle volte è affiliata a grandi organizzazioni umanitarie internazionali e riceve finanziamenti da stati nordamericani ed europei – che la Pupavac chiama in generale “l’Occidente”. Il suo lavoro trova il proprio fondamento teorico nelle ricerche condotte da alcune istituzioni accademiche nelle stesse zone. Secondo la Pupavac, questa comunità professionale è inseparabile dal più ampio settore umanitario, che è diventato introspettivo e vulnerabile in seguito agli insuccessi umanitari degli anni Novanta e che utilizza i programmi psicosociali per recuperare la propria legittimità morale (Pupavac, 2004b; Pupavac, 2006b). Mentre una volta gli operatori umanitari si sentivano i “salvatori occidentali”, prosegue l’autrice, oggi la loro fiducia in se stessi e la loro determinazione subiscono gli effetti degli attacchi fisici, etici e politici che sono stati sferrati alla loro missione (2006b, p. 25). Per reazione, la comunità professionale si è autoanalizzata con gli stessi metodi terapeutici che adoperava nei suoi programmi e che provocano introspezione, insicurezza e vulnerabilità.

Secondo la Pupavac, la comunità professionale riceve quindi la sua forza dai finanziamenti e dalle conoscenze occidentali, e pensa di aiutare le persone offrendo loro degli interventi terapeutici. I programmi psicosociali, secondo l’autrice, sono stati utilizzati per cercare di “rimoralizzare” la missione umanitaria rispondendo ai bisogni psicologici dei destinatari dell’aiuto oltre che a quelli fisici (Pupavac, 2004b). Mentre gli aiuti materiali possono essere estorti o utilizzati per perpetuare il conflitto, la scelta di occuparsi dei problemi immateriali all’interno del corpo può essere sembrata politicamente meno rischiosa. Consona ai principi umanitari classici, tale scelta poteva essere considerata “neutra”, anche là dove altri tipi di aiuto potevano essere più in linea con l’offerta di sostegno a un attore anziché all’altro. I destinatari dell’aiuto sono a loro volta costruiti come soggetti che beneficiano di un’assistenza esterna, il che risponde bene allo scopo politico della comunità umanitaria di giustificare la propria esistenza e le proprie azioni. Per quanto riguarda la cultura, i destinatari dei programmi psicosociali vengono considerati possessori di paradigmi culturali “non occidentali”, completamente diversi da quelli della comunità professionale “occidentale”. Sebbene la Pupavac non affermi che la cultura dei destinatari viene considerata inferiore dalla comunità professionale, nei suoi testi dà per scontata l’idea che i soggetti traggano beneficio dall’adozione di metodi terapeutici esterni anche quando essi nascono e sono situati all’interno di una struttura culturale “occidentale”.

I punti di forza della critica della Pupavac

I metodi terapeutici

Come si è detto, la forza della critica della Pupavac risiede nella sua capacità di illuminare gli aspetti politici dei servizi di MHPSS. Il concetto di governo terapeutico fornisce una struttura utile per analizzare i particolari metodi a cui viene data la priorità in tali programmi, tra cui l'introspezione, l'autoanalisi, una preferenza per l'elaborazione individuale e l'impiego di personale professionale psicologico e psichiatrico. Esso mette altresì in luce l'idea implicita secondo cui la "disfunzione" può essere alleviata mediante metodi "terapeutici", e sottopone a un'utile analisi critica i presupposti insiti in alcuni concetti ormai triti promossi attraverso i programmi. È possibile che la vulnerabilità si perpetui incoraggiando le persone a parlare dei loro problemi, specialmente se esse sono convinte di avere una malattia che non può guarire senza un intervento "professionale" esterno. Applicato ai programmi psicosociali, il concetto di governo terapeutico è una chiave di lettura accessibile per esaminare le assunzioni pratiche da cui prendono le mosse non soltanto gli psicologi o gli altri professionisti della salute mentale ma anche quegli "umanitari" che hanno assorbito la cultura psicologica e che cercano di amministrare gli interventi umanitari o, nella fattispecie, psicosociali. Esso potrebbe costituire una chiave di lettura utile anche per lo studio dei particolari metodi di fronteggiamento utilizzati dalle comunità beneficiarie dell'assistenza.

Questa prospettiva riveste una particolare importanza nel campo degli studi sui rifugiati, dove sia le metafore (ad es., il rifugiato "flows", "fluisce"⁵) sia le etichette patologiche (ad es., "traumatizzato") vengono spesso utilizzate acriticamente e senza curarsi dei loro effetti sociali. Riflettendo sulle iniziative di ricerca connesse ai rifugiati, Malkki ha osservato, ad esempio, che "le modalità di conoscenza psicologizzanti e le forme terapeutiche di relazione" godono di un'accettazione generale e vengono "troppo spesso inserite acriticamente nell'armamentario di strumenti disciplinari dell'antropologia socioculturale o della sociologia" (Malkki, 1995, p. 510). La critica della Pupavac dovrebbe quindi essere tenuta in considerazione non soltanto dagli operatori direttamente impegnati nell'erogazione dei programmi psicosociali ma anche dagli studiosi e dagli implementatori di programmi non psicosociali che siano interessati a comprendere le esperienze eterogenee e influenzate dalla cultura connesse al conflitto, al disastro e all'esilio, o alla migrazione.

Il potere

La critica risulta utile anche nella parte che analizza le manifestazioni di potere nella progettazione e nella somministrazione dei programmi psicosociali. Gli interessi politici e finanziari degli attori umanitari che

⁵ Anche in italiano i mass media parlano di "flusso" o "fiumana" di immigrati (ndt).

implementano i programmi rappresentano evidentemente un vincolo per la capacità di tali iniziative di rispondere alle realtà locali, e limitano in questo modo la possibilità, da parte dei destinatari, di definire il contenuto e la forma dell'aiuto ricevuto. Anche l'omogeneizzazione e la patologizzazione richiamano analoghe considerazioni riguardo al tentativo di mantenere relazioni di potere impari tra gli attori umanitari e i destinatari dell'aiuto (Harrell-Bond, 2002, p. 56; Donini, 2012; Duffield, 2001a).

L'analisi della Pupavac rileva utilmente che persino i programmi che cercano di fornire servizi partecipativi e sensibili alla cultura sono vincolati dai sistemi di finanziamento. In un contesto in cui i budget umanitari vanno diminuendo e si dà sempre più importanza alla misurabilità dei risultati, i programmi possono essere costretti a basarsi su concetti e strumenti biomedici, pur riconoscendone i limiti. Tali vincoli sono evidenziati nell'analisi dell'azione umanitaria in Kosovo, dove, come rileva l'analisi della Pupavac, i programmi psicosociali hanno continuato a essere implementati nonostante il fatto che i bisogni psicologici non fossero una priorità per la comunità (Pupavac, 2002). Notando la presenza di notevoli discrepanze fra le proposte di finanziamento e la pratica sul campo, l'autrice osserva che “sebbene gli studi [basati sulla comunità] avanzino delle critiche molto puntuali che riguardano la natura dei programmi psicosociali nella regione, spesso le loro proposte rafforzano il paradigma terapeutico e suggeriscono un'allargamento del campo d'applicazione del lavoro psicosociale” (ibidem, p. 500).

Analogamente, nell'analisi di un programma statunitense rivolto ai superstiti di torture e traumi, McKinney (2007, p. 498) afferma che, nonostante i tentativi di adottare metodi culturalmente sensibili nel lavoro con i rifugiati e i superstiti di traumi, “per essere approvato, il programma ha dovuto dimostrare ai suoi finanziatori che stava erogando servizi psicologici a clienti traumatizzati e che il personale era clinicamente competente nell'erogazione di questi servizi”. Pertanto ci sono buoni motivi per chiedersi fino a che punto le comunità locali abbiano effettivamente il potere di offrire interpretazioni alternative della salute e del benessere. La critica della Pupavac evidenzia bene questo punto, e potrebbe essere utilizzata per valutare in che misura gli interventi psicosociali perpetuino un governo terapeutico problematico nei singoli contesti specifici.

L'umanitarismo

Queste dinamiche politiche appaiono ancora più impressionanti quando si considerano i programmi psicosociali nel contesto di quello che recentemente è stato definito “intervento umanitario”, con riferimento alla relazione sempre più stretta fra attori militari e attori umanitari (Chandler, 2001; Chomsky, 1999). A parte l'accusa sopra menzionata di “umanitarismo demoralizzato”, recentemente la Pupavac ha puntato il dito contro la crescente associazione fra i programmi psicosociali da una parte e, dall'altra, la promozione della democrazia e le iniziative di *peace building* di più lungo periodo (Pupavac, 2012). I metodi terapeutici mobilitati attraverso i

programmi psicosociali potrebbero plausibilmente facilitare la gestione del rischio globale tentata dagli agenti umanitari, specialmente con la maggiore cartolarizzazione e militarizzazione degli aiuti (Duffield, 2001a; 2001b).

Inoltre, la crescente accettazione del governo terapeutico è stata persuasivamente analizzata in termini di “segnale di progresso morale” (Fassin e Rechtman, 2009, p. 3), in quanto è politicamente vantaggioso riconoscere e cercare di affrontare le condizioni psicologiche personali. Il discorso popolare sul “trauma” nei media e nelle iniziative per la raccolta di fondi persiste, conferendo ai programmi psicosociali una chiara legittimazione. Quando è abbinata all'intervento umanitario e alla promozione di particolari valori attraverso l'azione umanitaria, questa legittimazione acquista ancora più importanza. Immaginare che le popolazioni abbiano “sofferto” e che siano “traumatizzate” potrebbe giustificare ulteriormente gli interventi umanitari militari, conferendo così ai programmi psicosociali nell'ambito dell'umanitarismo un significato geopolitico ulteriore rispetto all'obiettivo più semplice di alleviare la sofferenza.

I limiti della critica della Pupavac

Sebbene la critica della Pupavac sia utile per analizzare gli aspetti politici dei programmi psicosociali, il suo ragionamento è reso più debole da una serie di presupposti impliciti riguardo alla natura della cultura, dell'agentività, della vulnerabilità e della diagnosi di PTSD. Anche se questi limiti non indeboliscono la piena utilità della critica, essi ci rammentano di applicarla ai programmi psicosociali con cautela. È inoltre opportuno approfondirne ulteriormente la rilevanza rispetto ai programmi attuali, dal momento che negli ultimi anni nel campo dell'MHPSS sono stati compiuti alcuni progressi. Di questo mi occuperò nella sezione seguente.

Cultura

Il concetto di governo terapeutico si fonda sull'esistenza delle “norme culturali occidentali”, che, secondo la Pupavac, sono un insieme statico e definito di valori e di pratiche passibili di essere facilmente esportate e imposte alla cultura “non occidentale”. Sebbene possano effettivamente esistere delle caratteristiche di una cultura genericamente “occidentale”, quest'idea ha due punti deboli. Innanzitutto, si fonda sul presupposto che la cultura “occidentale” e la cultura “non occidentale” siano omogenee e nettamente separate tra loro. Si trascurano così sia l'eterogeneità della cultura “occidentale” e della cultura “non occidentale”, sia la “natura dinamica” della cultura in generale (si vedano Geertz, 1973 e Barth, 1969, citati in Ingleby, 2005, p. 19), e si rischiano generalizzazioni semplicistiche. In secondo luogo, la caratterizzazione della Pupavac non tiene conto del contatto che le culture genericamente definite “occidentale” e “non occidentale” possono già avere fra loro, in particolare all'interno dei programmi umanitari. Si trascura il fatto che

i sistemi comunitari di aiuto già esistenti potrebbero indebolirsi nel corso delle emergenze umanitarie, dei conflitti e delle migrazioni, e che magari i gruppi locali stanno già vivendo uno stress e una trasformazione culturale significativi. Anche se forse i programmi psicosociali danno troppo spesso per assodata la validità universale di un paradigma terapeutico, è altrettanto imprudente omogeneizzare la cultura e darne per scontata l'irrelevanza transculturale.

Agentività

Anche se accettassimo l'idea di un "Occidente" e di un "non Occidente" omogenei al loro interno e distinti tra loro, non risulta in modo evidente che la recente diffusione di metodi terapeutici e conoscenze psicologiche abbia sostituito i meccanismi non terapeutici di fronteggiamento già presenti – quali le reti religiose o comunitarie – come afferma invece la Pupavac. Denominando i professionisti della psicologia "una 'nuova classe sacerdotale' [che ha sostituito] i leader religiosi nel ruolo di guardiani della società [occidentale]" (Nolen, 1998, in Pupavac, 2004b, p. 495), la Pupavac paragona l'approccio terapeutico a una mentalità "compassata" che scoraggia l'ammissione pubblica della vulnerabilità emozionale. L'autrice afferma che ciò ha coinciso con un declino generale delle convinzioni morali, politiche o comunitarie e con una attenzione accentuata per il funzionamento del singolo individuo, a discapito del suo ruolo all'interno di un sistema comunitario più ampio.

Benché i metodi terapeutici e i professionisti in possesso di conoscenze terapeutiche si siano sicuramente diffusi maggiormente, queste affermazioni ignorano la possibilità che anche i paradigmi precedenti contenessero elementi che potrebbero essere considerate metodi "terapeutici", anche se prima denominati diversamente. Inoltre, per quanto forse gli interventi terapeutici e il sostegno dei professionisti della psicologia e della psichiatria siano sempre più accettati, non è scontato che il contenuto e la sostanza di questi scambi siano tanto diversi dalle forme di sostegno cercate in precedenza. L'importazione di metodi terapeutici non equivale necessariamente a una mancanza di convinzioni, anche se, secondo logica, un qualche cambiamento nella formulazione e nell'espressione di tali convinzioni potrebbe discendere da un avvicinamento a un paradigma psicologico. In più, assumendo che queste norme siano facilmente e necessariamente esportabili, la Pupavac trascura l'agentività dell'individuo, che può opporsi ai metodi terapeutici oppure adattarsi ad alcuni di essi integrando così le strategie di fronteggiamento preesistenti. Anche se forse certe "norme culturali occidentali" esistono, e magari sono diffuse in tutto il mondo, la loro esportazione non è ineluttabile. Se da un lato la critica della Pupavac contesta la propensione degli "umanitari" a ignorare la capacità di fronteggiare lo stress e la resilienza delle persone, dall'altro sottintende una carenza di agentività personale.

Vulnerabilità

Ciò che la Pupavac scrive a proposito delle implicazioni di queste “norme culturali occidentali” non tiene neppure conto di una loro possibile utilità, sia a livello personale che a livello collettivo, e presume che l'introspezione e la focalizzazione dell'attenzione su di sé conducano necessariamente a un senso di vulnerabilità. Benché l'introspezione e il senso di insicurezza possano essere correlati, esistono poche prove di una relazione causale tra loro. Ulteriori indagini sulle conseguenze dell'introspezione potrebbero dare più incisività alla critica della Pupavac; non è escluso che l'introspezione possa essere di fatto una caratteristica positiva delle persone e delle società, qualora solleciti azioni e comportamenti più appropriati e ponderati.

Analogamente, la connessione fra introspezione, vulnerabilità e demoralizzazione all'interno del settore umanitario richiede un'analisi più approfondita. Mentre è chiaro che gli agenti umanitari analizzano sempre più spesso l'efficacia e la legittimità dei programmi, oltre che i principi sui quali si basano spesso le loro azioni (Macrae, 1998; Rieff, 2002; Terry, 2002; Vaux, 2001), è improbabile che quest'analisi sia stata demoralizzante e abbia richiesto l'adozione di nuovi generi di programma, come sostiene la Pupavac. Si presume anche l'esistenza di un umanitarismo “occidentale” di tipo omogeneo, il che non rende conto della varietà di motivazioni e posizioni ideologiche degli attori umanitari. Una trattazione più sfumata della relazione fra introspezione umanitaria e programmi psicosociali è quella fornita da Ager, Strang e Abebe (2005); citando la critica agli aiuti umanitari avanzata da Harrell-Bond nel 1986, gli autori affermano che le considerazioni psicosociali possono essere viste come una risposta legittima e governata dalla comunità alla tendenza dei programmi umanitari a trascurare i punti di forza e le risorse intrinseche dei destinatari dell'aiuto, comprese le risorse culturali e psicosociali nascoste. Anche se la Pupavac può cogliere nel segno quando associa l'introspezione dell'umanitarismo con la sua maggiore attenzione verso certi bisogni al di là delle necessità puramente economiche o materiali, il suo riferimento alla demoralizzazione in quanto reazione a tale introspezione lascia perplessi, poiché trascura la possibilità che, in realtà, i programmi psicosociali aiutino i programmi umanitari a non essere omogeneizzanti, patologizzanti, controllanti e depoliticizzanti. Così l'equiparazione automatica tra introspezione e vulnerabilità suggerita dalla Pupavac non regge, né per quanto concerne i destinatari dell'aiuto né per quanto concerne gli attori umanitari.

La costruzione del disturbo post-traumatico da stress

L'analisi della Pupavac adotta acriticamente una particolare interpretazione della salute in generale e della diagnosi di PTSD in particolare. L'autrice afferma l'importanza di “guardare oltre la letteratura epidemiologica” ed esplorare le influenze sociali e le dinamiche di potere che operano nel

campo psicosociale (Pupavac, 2004b, p. 491). Questa metodologia permette in effetti di esaminare i fattori sociali che hanno portato a un uso eccessivo della diagnosi di PTSD (Pupavac, 2001; 2002; 2004b). Tuttavia, l'interpretazione del PTSD come "crisi di significato", avanzata dalla Pupavac, contiene alcuni presupposti impliciti riguardo alla natura della salute e agli effetti della cultura sulla concettualizzazione del benessere (si vedano a questo proposito i lavori di Summerfield, Bracken e Young). Essa si basa su una posizione chiara, e tuttavia contestabile, riguardo agli effetti della cultura sulla costruzione, l'espressione e il trattamento della malattia, secondo la quale le categorie di malattia dipendono solo da fattori culturali e sociali. Le malattie non sarebbero scoperte bensì inventate, e la validità della ricerca sulla salute mentale sarebbe dubbia, in considerazione della natura soggettiva della salute mentale stessa (Summerfield, 2008, p. 992). Sebbene tale prospettiva sia importante in un settore che a volte ha semplificato o ignorato le differenze culturali (ibidem p. 993), essa non tiene conto né dell'annoso dibattito sulla salute né, più in particolare, di alcune pubblicazioni recenti da cui emerge una certa validità transculturale del PTSD (Friedman et al., 2010; Kienzler, 2008; North et al., 2005).

Non è possibile qui coprire tutta la complessità dell'applicazione della diagnosi di PTSD, che è stata ampiamente dibattuta senza peraltro giungere a un consenso generale; in effetti, la pubblicazione del nuovo *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DMS-V* nel maggio del 2013 ha innescato un acceso dibattito sulla natura delle diagnosi psichiatriche (ad es., British Psychological Society, 2012) e sulla validità culturale della diagnosi di PTSD particolare (Hinton e Lewis-Fernandez, 2011). In ogni caso, la critica della Pupavac è poco efficace per la mancanza di riferimenti a questo dibattito e alla complessità del significato transculturale del trauma e del PTSD. Inoltre, essa insinua che i sintomi siano in qualche modo fittizi, "che chi afferma di soffrirne non sia 'veramente' malato" o bisognoso di aiuto (Ingleby, 2005, p. 21). Che questa insinuazione sia voluta o meno, la mancanza di considerazione per le diverse prospettive sul PTSD e sulla malattia limita la rilevanza della critica per la pratica, e non tiene adeguatamente conto di quanto la diagnosi possa conservare effettivamente un certo valore per le persone che ne sperimentano i sintomi.

Riflessioni per l'applicazione della teoria

La critica che la Pupavac rivolge ai programmi psicosociali utilizzando il concetto di governo terapeutico è complessa e sfaccettata, in quanto fa riferimento a dibattiti ancora oggi aperti circa la natura della salute, della cultura, dell'umanitarismo e delle reazioni umane alla sofferenza e al distress. Anche se contiene diversi aspetti che meriterebbero un ripensamento importante, resta utile come struttura di riferimento per esaminare le implicazioni politiche dei programmi e la loro collocazione all'interno delle dinamiche umanitarie più ampie. Riveste una particolare importanza l'idea

che l'utilizzo dei metodi terapeutici caratteristici dei programmi psicosociali possa provocare una depoliticizzazione. Ciò solleva diversi interrogativi di carattere sia pratico che teorico. I programmi psicosociali sono in grado di tenere conto degli effetti multidimensionali e personali del fatto di avere vissuto circostanze che provocano sofferenza? Sarebbe possibile utilizzare i programmi psicosociali per sollecitare la partecipazione di una comunità e approfondire la conoscenza delle risorse e delle strategie di fronteggiamento che essa possiede? Il riconoscimento dei limiti della conoscenza psicosociale aprirebbe il campo all'identificazione delle aree in cui le considerazioni psicosociali aumentano l'accesso di una comunità all'autodeterminazione economica o politica? Queste domande sono alla base degli sviluppi in atto oggi nel campo psicosociale e giustificano l'applicazione della critica della Pupavac alla prassi attuale.

L'applicazione della critica alla prassi attuale: le "IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings"

Dopo avere analizzato e valutato la critica della Pupavac ai programmi psicosociali, passerò ora a considerarne la rilevanza rispetto alla prassi attuale, esaminando le Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings dell'Inter-Agency Standing Committee⁵ (IASC, 2007). Questo documento rappresenta un notevole consenso nel settore e continua a informare i programmi attuali. Effettuerò un'analisi testuale di questo documento e mi riallacerò alla letteratura secondaria e ai successivi documenti guida quando sarà appropriato. Innanzitutto, descrivo la storia e il processo di creazione delle linee guida IASC. Poi ritorno allo schema quadripartito – omogeneizzazione, patologizzazione, controllo e depoliticizzazione – e cerco di stabilire se il concetto di governo terapeutico e la critica della Pupavac siano oggi pertinenti. Questo permetterà di riprendere la riflessione sulla comunità professionale e sulla posizione del soggetto costruita attraverso i programmi attuali. Anche se affermerò che i programmi psicosociali rappresentano effettivamente una forma di governo terapeutico internazionale, dimostrerò che la critica della Pupavac è stata ampiamente recepita nelle Linee guida – le quali da un lato evitano l'omogeneizzazione e la patologizzazione e dall'altro promuovono il controllo e la depoliticizzazione ma soltanto in virtù del loro rapporto più generale con i programmi umanitari.

⁵ L'Inter-Agency Standing Committee/IASC, istituito dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, "è un forum interagenzia per il coordinamento, lo sviluppo di linee politiche e l'assunzione di decisioni da parte dei capi esecutivi delle agenzie umanitarie chiave (agenzie delle Nazioni Unite, società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, consorzi di organizzazioni umanitarie non governative)" (IASC, 2007, p. 19). Prima delle sue linee guida sulla salute mentale e il sostegno psicosociale nelle emergenze, lo IASC aveva prodotto un'analogha guida sull'implementazione di interventi per L'HIV/AIDS (IASC, 2003) e sugli interventi nel caso di violenze di genere (IASC, 2005) nei contesti umanitari.

Tuttavia, questa discussione evidenzierà anche la complessità dell'implementazione pratica delle Linee guida nonché l'importanza, per potere esaminare gli interventi psicosociali, di tenere in considerazione la politica umanitaria più in generale. Per questi due aspetti, la critica quadripartita basata sul lavoro della Pupavac conserva la sua utilità.

La pratica dell'MHPSS oggi

Le linee guida IASC sono state sviluppate per prendere una posizione rispetto ai temi che continuano a essere dibattuti nel campo, per promuovere il coordinamento fra gli attori umanitari e per garantire che i programmi “non nuocciano” (IASC, 2007; Ager, 2008; Wessells e van Ommeren, 2008; de Jong et al., 2008). Come spiegato nella prefazione delle Linee guida,

Una lacuna importante [...] è stata l'assenza di una struttura multisettoriale e interagenziale che consenta un coordinamento efficace, identifichi le prassi utili, evidenzi quelle potenzialmente dannose e chiarisca come i diversi approcci alla salute mentale e al sostegno psicosociale si integrino fra loro. (2007, p. iii)

Lo IASC Reference Group on MHPSS e un forum collaborativo presente in Internet forniscono una guida e un coordinamento costanti per l'implementazione delle Linee guida e delle buone prassi attuali.⁶

Prima della pubblicazione di questo documento, non esistevano una norma o una guida per l'erogazione di interventi psicosociali su cui vi fosse un consenso internazionale. La prima edizione dell'*Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response* del Progetto Sfera (1998; 2000) non forniva indicazioni sul sostegno psicologico o sociale “a causa dell'apparente disaccordo tra gli esperti” (Buzzard, 2002 in van Ommeren et al., 2005). I professionisti della salute mentale temevano che il dibattito in corso nel settore inducesse i responsabili degli interventi umanitari a credere di dover scegliere tra erogare cure di tipo biomedico focalizzate sul trauma oppure non occuparsi affatto della salute mentale (Silove et al., 2000; Wessells e van Ommeren, 2008). Tra i vari attori e le diverse discipline c'era molta competizione e poco accordo (Ager, 2008; Ingleby, 2005). Inoltre, nell'ambito della riforma umanitaria avvenuta verso la metà del primo decennio del nuovo secolo c'è stata una riorganizzazione dei programmi con la creazione di “raggruppamenti”, ciascuno con il suo focus programmatico e i suoi meccanismi di leadership. Poiché il sostegno mentale e sociale comprendevano un'ampia gamma di attività, non era chiaro dove tali interventi si collocassero all'interno del nuovo schema.

⁶ Lo IASC Reference Group ha l'incarico di seguire l'implementazione delle Linee guida del 2007. Si veda lo IASC Reference Group alla pagina: http://www.humanitarianinfo.org/IASC/pageloader.aspx?page=content-subsi-tf_mhps-default

Poiché esistevano tante difficoltà pratiche e le discussioni teoriche sembravano inesauribili, lo sviluppo delle Linee guida si è concentrato prevalentemente sulla pratica (Ager, 2008; Wessells e van Ommeren, 2008). Riflettendo su come il raggiungimento di un consenso tanto atteso, con la creazione delle linee guida IASC, abbia rappresentato un successo, un autorevole professionista psicosociale ha scritto:

Nei primi anni del nuovo secolo, sembrava che tutti gli scritti accademici e le dissertazioni sul lavoro in questo campo avvertissero la necessità di citare [...] la critica concettuale dei falsi presupposti che stanno alla base dei programmi psicosociali avanzata da Summerfield e colleghi (ad es., Summerfield, 1999). Il punto di accesso della discussione era la costruzione teorica e politica del lavoro psicosociale, invece che i particolari della sua pratica. (Ager, 2008, p. 262)

Per contro, lo sviluppo delle Linee guida è stato ispirato alla pratica, essendosi focalizzato su *come* condurre bene i programmi di MHPSS, anziché sulla questione se gli interventi di MHPSS fossero giustificati. Grazie a ciò, c'è stata la partecipazione di un'ampia gamma di attori, fra cui organizzazioni non governative, università, accademici, ricercatori e funzionari dei ministeri della salute (IASC, 2007, pp. iv-vi).

Comunque nel frattempo si stava creando anche un consenso intorno agli aspetti teorici. Una pubblicazione del 2005, che comprendeva una rassegna della letteratura e un sondaggio tra gli esperti, ha rivelato l'esistenza di un accordo su alcuni punti fondamentali, tra cui l'idea che l'esposizione allo stress sia un fattore di rischio per lo sviluppo di problemi sociali e di salute mentale, e che le emergenze possono indebolire le fonti di sostegno sociali e individuale preesistenti (van Ommeren et al., 2005, p. 72). Nella versione aggiornata del *Manuale Sfera* (2004; 2011) sono state inserite alcune indicazioni per affrontare gli "aspetti mentali e sociali della salute". Anche tra gli oppositori dichiarati dei programmi psicosociali c'è stato chi ha notato una maggiore sensibilità culturale e un riconoscimento degli aspetti sociali oltre che mentali della salute (Summerfield, 2005). Si è convenuto che al PTSD è stata data spesso troppa enfasi (Silove, 2005) e che è importante riconoscere le comunità e aiutarle a rinnovare la partecipazione alle strutture e alle attività di sostegno culturalmente rilevanti (van Ommeren et al., 2005). Questa convergenza teorica ha favorito la volontà politica di sviluppare le Linee guida.

Avvicinandosi alla concezione di "comunità professionale" della Pupavac, alla creazione delle linee guida IASC hanno partecipato anche esperti di psicologia, psichiatria e salute mentale. Tuttavia, nella loro specifica distinzione tra programmi "di salute mentale" e programmi "psicosociali", le Linee guida hanno introdotto una risorsa ulteriore: gli implementatori di interventi specificamente sociali. Come suggerisce la critica della Pupavac, la comunità professionale continua a comprendere attori umanitari incaricati di gestire i programmi di salute mentale e psicosociali. Tuttavia, anziché essere ripiegata su se stessa e demoralizzata, essa ritiene di essere giunta a una "svolta nella riflessività professionale" (Abramowitz e Kleinman, 2008, p. 220)

e di avere conseguito un importante successo politico alla luce della vecchia e “sterile” controversia (Ager, 2008, p. 261). Si è convenuto che la salute mentale e gli aspetti sociali della salute devono essere considerati separatamente, invece di inglobare i secondi nella prima con la denominazione *psicosociale* (Williams e Robinson, 2006; Ager et al., 2006). Inoltre, si è stabilito che i professionisti della salute mentale non sono sempre le figure più adatte per progettare e implementare dei programmi di supporto sociale (van Ommeren et al., 2005). Quindi, nella comunità professionale sono stati inseriti anche attori capaci di aiutare le comunità ad accedere ai supporti sociali – ad esempio, insegnanti, leader della società civile o funzionari religiosi.

L'MHPSS in quanto forma di governo terapeutico internazionale

Ci sono tre aspetti del governo terapeutico internazionale che vanno esaminati in relazione a questo documento. Innanzitutto, esso promuove un'interpretazione *terapeutica* della sofferenza? In altre parole, nella prospettiva che esso veicola, l'esperienza di eventi stressanti produce difficoltà sociali o psicologiche che traggono beneficio da un'assistenza terapeutica? Le Linee guida propongono o sembrano contribuire a una conoscenza psicologica diffusa come quella descritta dalla Pupavac? In secondo luogo, questi “metodi terapeutici” sono strumenti di *governo* o di gestione del rischio globale? Ci sono prove di una strategia di prevenzione del rischio nella concettualizzazione della sofferenza e degli interventi di salute mentale e psicosociali che vengono considerati appropriati? In terzo luogo, questo *governo* è di natura internazionale? Si allude a una dicotomia tra “Occidente” e “non Occidente”, e ci sono segni di un “Occidente” che cerca di prevenire il suo rischio intervenendo nel “non Occidente”?

Sotto tutti gli aspetti, le Linee guida possono effettivamente essere considerate una forma di governo terapeutico. Innanzitutto, la loro esistenza dipende da una lettura di argomento terapeutico, la quale presume che i programmi umanitari debbano considerare gli effetti sociali e psicologici di conflitti o disastri, e riconosce che certi strumenti psicologici possano fornire un aiuto utile. Con le Linee guida, l'MHPSS diventa responsabilità di tutti gli operatori umanitari anziché dominio esclusivo di psicologi e psichiatri. Benché alla creazione delle Linee guida abbiano partecipato professionisti di tutto il mondo (IASC, 2007, pp. v-vi), oggi certe espressioni come “psicosociale” sono istituzionalizzate e il loro uso viene incoraggiato – e non soltanto ammesso implicitamente – dalla comunità umanitaria globale. E ciò, nonostante il fatto che tali espressioni siano spesso poco familiari in altre culture e non possiedano una traduzione diretta in molte lingue (Aggarwal, 2011). Questo approccio terapeutico viene mantenuto anche quando si favoriscono le strategie di cura locali. Nella descrizione delle conseguenze psicosociali e di salute mentale delle emergenze, le Linee guida cominciano con una sezione intitolata Problemi (IASC, 2007, pp. 2-3) in cui si afferma che “le emergenze creano un'ampia gamma di problemi sperimentati a livello

individuale, familiare, comunitario e sociale” (ibidem, p. 2). Vengono altresì elencate le risorse individuali, comunitarie, religiose ed economiche, suggerendo che “è importante conoscere la natura delle risorse locali, siano esse utili o dannose, e sapere in che misura le persone colpite possono accedervi” (ibidem, p. 5). Questo sottintende un paradigma terapeutico, suggerendo che i problemi possono essere alleviati identificando e promuovendo adeguatamente gli interventi appropriati.

Inoltre, le Linee guida costituiscono una parte della funzione di governo della più ampia comunità umanitaria internazionale. Oltre ad andare ad aggiungersi ad altre linee guida dello IASC e ad essere nate in un contesto di riforma umanitaria, il loro focus “è sull’implementazione delle risposte minime [...] che dovrebbero essere implementate il più presto possibile [...] esse costituiscono i primi passi essenziali” (IASC, 2007, p. 5). L’esistenza delle Linee guida implica uno standard al quale ci si aspetta che gli attori si conformino, e gli “standard minimi” rappresentano le azioni che devono essere implementate in tutte le emergenze. Una componente di prevenzione del rischio è quindi sottintesa; la comunità umanitaria cerca di scoraggiare la deviazione dalle “buone prassi” attraverso la dichiarazione di un consenso chiaro e la determinazione di aspettative e standard specifici per gli erogatori di servizi. Anche se gli erogatori di servizi non si adeguano perfettamente o in tutti i casi alle Linee guida, esse rappresentano comunque le buone prassi e stabiliscono delle norme di comportamento.

Infine, questo governo terapeutico avviene veramente all’interno di un contesto internazionale. Anche se nelle Linee guida non si parla di “Occidente” e “non Occidente”, la lealtà a una posizione geopolitica particolare (genericamente “occidentale”) è sottintesa. Come si afferma nell’introduzione,

Le conseguenze psicologiche e sociali delle emergenze possono essere acute sul breve periodo ma possono anche minare la salute mentale e il benessere psicologico della popolazione colpita sul lungo periodo. *Questi effetti possono minacciare la pace, i diritti umani e lo sviluppo.* Una delle priorità nelle emergenze è quindi proteggere e migliorare la salute mentale e il benessere psicosociale delle persone (IASC, 2007, p. 1, corsivo aggiunto).

Questa enfasi sulla pace, i diritti umani e lo sviluppo è il riflesso di particolari valori che spesso sono associati a “l’Occidente”, per dirla con la Pupavac. Non è chiaro nelle Linee guida se il desiderio di promuovere la pace, i diritti umani e lo sviluppo sia a vantaggio de “l’Occidente” attraverso la prevenzione del rischio o si basi sulla supposizione che queste siano aspirazioni universali. In ogni caso, i programmi psicosociali sono stati criticati in quanto danno acriticamente per scontata tale universalità (Summerfield, 2005) ed effettivamente le Linee guida suggeriscono che la pace, i diritti umani e lo sviluppo siano desiderabili. Se è vero che si valorizzano le strategie di fronteggiamento locali, i guaritori tradizionali e le strategie dello specifico contesto culturale, il documento dà però per sottinteso che tali metodi sono mezzi per conseguire il fine di promuovere la

pace, i diritti umani e lo sviluppo. Non si riconosce il fatto che le comunità possono non mettere al primo posto questi valori, preferendo ad essi delle risposte collettive che non sono pacifiche o non promuovono lo sviluppo. In questo modo, le Linee guida contribuiscono effettivamente a un tipo di governo terapeutico internazionale che considera desiderabili la pace, la sicurezza, lo sviluppo e i diritti umani.

In ogni caso, questo governo terapeutico internazionale non è necessariamente problematico. Se il collegamento tra le Linee guida da una parte e dall'altra l'umanitarismo più ampio e certi concetti presumibilmente "occidentali" potrebbe giustificare una discussione, è necessario un approfondimento del contenuto delle Linee guida stesse. È quindi utile ritornare allo schema sviluppato nella prima sezione allo scopo di considerare le implicazioni normative della promozione del governo terapeutico internazionale attraverso la pratica dell'MHPSS, così come essa viene definita nelle Linee guida. In questo modo si evidenzierà come oggi la critica della Pupavac sia poco pertinente, dimostrando che le Linee guida non omogeneizzano e non patologizzano, e promuovono il controllo e la depoliticizzazione soltanto in quanto connesse alle dinamiche politiche umanitarie più ampie. Tuttavia emergerà anche l'importanza di esaminare l'implementazione di particolari programmi, e sotto questo profilo la critica della Pupavac conserva un'utilità critica.

Omogeneizzazione

Le linee guida IASC affermano chiaramente che l'omogeneizzazione della popolazione costituisce un problema. Le prime quattro pagine del documento sono volte al riconoscimento delle varie esperienze individuali di sofferenza, e la sua struttura concettuale di base indica che diversi membri della stessa comunità possono avere bisogno di aiuti di tipo e di livello differente (IASC, 2007, pp. 1-4 e p. 12). Si parla in particolare di risorse personali e di difficoltà (ibidem, pp. 4-5), e si afferma che le difficoltà possono riguardare il livello individuale, familiare, comunitario o sociale (ibidem, p. 2). In risposta alla tendenza a definire "vulnerabili" particolari gruppi di persone, le Linee guida affermano che le congetture dovrebbero essere dimostrate. Non si dovrebbe dare per scontato che i gruppi "a rischio" siano passivi o richiedano una particolare assistenza di tipo uniforme (ibidem, p. 4). Tutti i sottogruppi di una popolazione sono potenzialmente a rischio: le donne, gli uomini, i bambini, gli anziani, gli indigenti, i rifugiati e gli immigrati irregolari, le persone esposte a particolari tipi di eventi traumatici (ad es., torture, perdita di familiari), quelle con vulnerabilità preesistenti, quelle ai margini della società e quelle a rischio di violazione dei diritti umani o di persecuzione (ibidem, p. 3-4). Questi chiarimenti attenuano in parte l'omogeneizzazione che storicamente ha caratterizzato la pratica dell'MHPSS ed evidenziano la necessità di una precisa conoscenza e consapevolezza del contesto culturale in cui opera il programma.

Tuttavia non è chiaro se le Linee guida preparino i professionisti a sviluppare le abilità necessarie per acquisire, valutare e incorporare nel programma la conoscenza culturale. Questo genere di abilità si sviluppa con la pratica, la formazione e l'esperienza, e non si assorbe immediatamente studiando le Linee guida. Ad esempio in una pagina dedicata alle "cose da fare e da non fare", si afferma: "Da fare: documentarsi sulle pratiche culturali locali e, se è il caso, utilizzarle per aiutare la gente del posto. Da non fare: dare per scontato che tutte le pratiche culturali locali siano utili o che tutte le persone del posto siano a favore di particolari pratiche" (ibidem, p. 15). Benché nessun documento possa insegnare ai professionisti ad affrontare efficacemente le differenze culturali, le Linee guida danno per scontato che gli implementatori siano in grado di farlo. Riteniamo quindi che la misura in cui i programmi continueranno ad avere un effetto omogeneizzato possa dipendere fortemente dalle abilità del singolo staff.

Abramowitz e Kleinman hanno poi osservato che le Linee guida tendono a considerare la cultura come un'entità statica "anziché un processo sociale dinamico" (2008, p. 221); in particolare gli autori si riferiscono al suggerimento, contenuto nelle Linee guida, di utilizzare "personale locale" per ridurre l'insensibilità culturale (Action sheet 4.1; IASC, 2007, pp. 71-75). Le Linee guida dicono ai reclutatori di "cercare di assumere personale che conosca e comprenda profondamente la cultura e le modalità di comportamento appropriate del luogo [...] e che abbiano una profonda conoscenza delle risposte sociali e culturali alla situazione di emergenza" (ibidem, p. 73). Tale raccomandazione, pur mettendo giustamente in guardia rispetto all'utilizzo di troppo personale di provenienza internazionale che favorirebbe l'introduzione di conoscenze estranee al contesto e la nascita di squilibri di potere, non tiene adeguatamente conto dell'eterogeneità della cultura in generale e del "personale locale" in particolare. Essa omogeneizza non soltanto le persone coinvolte nelle circostanze stressanti ma anche la natura della cultura e la differenza fra contesti "occidentali" e "non occidentali". Pertanto, quando la Pupavac accusa l'MHPSS di avere un effetto omogeneizzante, colpisce nel segno, se si considera la rappresentazione, nelle Linee guida, di un'identità culturale completamente "altra" nelle popolazioni locali. Tuttavia, questa tendenza a omogeneizzare e semplificare la cultura è simile anche alla caratterizzazione delle "norme culturali occidentali" della stessa Pupavac, che le considera alla stregua di entità che possono essere identificate, comprese e applicate. Essa poi è simile anche alla disattenzione della Pupavac per l'effetto dell'interazione umanitaria sulla "cultura locale" e sullo scambio culturale e la fluidità che possono esserci.

Quindi, le linee guida IASC affrontano scrupolosamente la questione della tendenza dei programmi psicosociali a omogeneizzare. In pratica, essa dipenderà dalla capacità dei professionisti di evitare le generalizzazioni e riconoscere i gruppi più "a rischio" all'interno di un particolare contesto. Malgrado ciò, le Linee guida rispondono molto attentamente alla critica dell'omogeneizzazione e dell'etichettamento e delle assunzioni problematiche. Il rispetto per la cultura locale è evidente. Tuttavia, il documento crea la nuova

etichetta “cultura locale”, che costituisce di per sé una forma di omogeneizzazione, ed evidenzia come sia necessario che il personale impegnato nell’implementazione del programma sia aperto alla complessità e alla natura dinamica della cultura stessa.

Patologizzazione

Ritornando alle particolari etichette applicate dai programmi di MHPSS, le Linee guida evitano anche molte delle tendenze patologizzanti prima presenti nel settore. I riferimenti al PTSD sono rari, e gli interventi “specifici sui traumi” non vengono appoggiati acriticamente. Al contrario, menzionando esplicitamente “l’ampia gamma di opinioni tra le agenzie e gli esperti riguardo agli aspetti positivi e negativi della focalizzazione sullo stress traumatico”, le Linee guida sollecitano una duplice risposta: innanzitutto, un “primo soccorso psicologico” fornito dagli operatori di comunità alle persone in stato di sofferenza acuta; in secondo luogo, cure per le persone con disturbi mentali gravi da parte di personale sanitario addestrato e supervisionato (IASC, 2007, p. 18). Mentre il “primo soccorso psicologico” non comprende interventi clinici di tipo psichiatrico,⁷ la seconda categoria lascia ancora spazio all’identificazione e al trattamento delle persone che soffrono di PTSD. Questo allontanamento formale dagli interventi sul trauma e sul PTSD, insieme alle ricerche recenti sull’applicabilità transculturale della diagnosi, segna nel settore un progresso significativo in direzione di una concezione della malattia che tiene debitamente conto delle specificità culturali. Inoltre, le Linee guida aiutano a evitare la patologizzazione, richiamando l’attenzione sulle possibili necessità delle persone affette da disturbi mentali gravi (Figura 1, IASC, 2007, p. 12). Ciò separa la “patologia” dall’identificazione dei gruppi “a rischio” e implica che possano esserci reazioni non patologiche alla sofferenza. Consente altresì ai professionisti di dare un fondamento al loro lavoro a prescindere dall’applicazione di una particolare diagnosi e senza dover fare assegnamento su categorie diagnostiche troppo utilizzate e forse inadeguate. Tuttavia, allo stesso tempo, offre anche la possibilità di identificare le persone affette da patologie gravi – PTSD o altro – e di dare loro la priorità.

Le Linee guida poi riconoscono esplicitamente la cultura locale e la probabile variabilità delle risposte allo stress. Questo attenua in parte la preoccupazione per l’imposizione delle norme culturali “occidentali” che presuppongono un paradigma individualistico e terapeutico. I meccanismi di fronteggiamento “non occidentali” vengono incoraggiati esplicitamente. Si invitano i programmi di MHPSS a facilitare l’accesso della popolazione agli aiuti spirituali, religiosi, familiari o comunitari (Action Sheet 5.3, IASC, 2007,

⁷ Il primo soccorso psicologico è diverso dai programmi di debriefing, la cui applicazione in passato veniva incoraggiata nei contesti umanitari e che sono stati ampiamente criticati. Esso è invece “una risposta soccorrevole e umana a un proprio simile che sta soffrendo e che può avere bisogno di aiuto [...] non comprende necessariamente una discussione dell’evento che ha provocato la sofferenza” (IASC, 2007, p. 119). Vedi anche Ruzek et al., 2007; who, 2011a.

pp. 106-109). Una recente valutazione di un programma di MHPSS attuato ad Haiti, basata su tali principi, suggerisce che, quando la cultura del luogo viene considerata e messa al primo posto, un modello psicologico può andare a integrare le strategie di fronteggiamento preesistenti invece di sostituirle (James et al., 2012). Gli autori avevano ipotizzato che le persone potessero “alternare a seconda dei momenti stili cognitivi potenzialmente contraddittori associati a culture differenti, rispondendo a suggerimenti presenti nell’ambiente” (Oyserman e Lee, 2008, in ibidem, p. 114) e che le persone meno capaci di utilizzare una varietà di strategie di fronteggiamento potessero in realtà essere più inclini all’ansia e alla depressione (Fresco et al., 200, in ibidem, p. 114). Quando tale ipotesi è stata messa alla prova esaminando un programma di salute mentale e psicosociale sensibile alla cultura, che prevedeva la partecipazione di guaritori locali e si basava su concetti che avevano un senso spirituale, essa ha trovato conferme. In alcuni casi i concetti biomedici occidentali sono serviti a fornire ai partecipanti una struttura concettuale per identificare e spiegare i sintomi di patologie somatiche o di altri mali “non occidentali” ma le attività sono state svolte in un contesto non biomedico. Anche il linguaggio utilizzato ha promosso un “sollevio per lo spirito” anziché una “terapia”. Questa esperienza mostra che le strutture concettuali mirate a fondere i concetti biomedici con la cultura locale sono davvero possibili e che pertanto la patologizzazione può essere evitata.

Inoltre nelle Linee guida si afferma implicitamente che i destinatari hanno il diritto di essere protetti da interventi impropri. Un valore importante del documento è il principio umanitario del “non nuocere”, che riconosce che gli interventi umanitari possono a volte provocare ulteriori sofferenze e ostacolare la ripresa nonostante la loro missione di aiuto. I principi da seguire per evitare che gli interventi di MHPSS siano nocivi sono: partecipare al coordinamento per evitare le sovrapposizioni e le lacune nella risposta; essere aperti alla valutazione e all’esame esterno; sviluppare la sensibilità culturale; rimanere aggiornati sulle buone prassi man mano che si accumulano informazioni a riguardo (IASC, 2007, p. 10). È implicito che il “danno” non sia necessariamente causato dagli strumenti psicologici occidentali ma piuttosto da un uso improprio di tali strumenti. Si suppone inoltre che il recepimento e la diffusione dei valori dei diritti umani, della partecipazione e della trasparenza riduca il “danno”. Sebbene tali supposizioni possano necessitare di ulteriori conferme, il riconoscimento del danno è una risposta significativa alla critica dei programmi sociali che li considera patologizzanti.

Come avviene per l’omogeneizzazione, anche riguardo alla patologizzazione l’analisi delle Linee guida rivela alcune aree di ulteriore indagine. Ad esempio, ci sono poche informazioni per quanto concerne i migliori metodi per acquisire e interpretare dati quantitativi a livello di popolazione (Cardozo, 2008). Non si richiedono uniformemente valutazioni pre-post e si dà la priorità alle valutazioni qualitative, allo studio della letteratura e al colloquio con gli informatori chiave (ibidem). Da un lato questa riluttanza a propugnare uno specifico metodo di raccolta delle informazioni o una particolare struttura interpretativa potrebbe essere vista come una risposta alla patologizzazione e un tentativo di non privilegiare certi

strumenti di misurazione e metodi di raccolta dei dati. Dall'altro è possibile che, per cercare di evitare la patologizzazione, la mancanza di dati quantitativi porti gli implementatori dei programmi a ripiegare su congetture indimostrate circa la natura delle risposte delle comunità allo stress. Quindi, come nel caso dell'omogeneizzazione, le Linee guida sono efficaci solo se vengono implementate completamente nella pratica. In ogni caso, nonostante queste difficoltà, esse forniscono una risposta olistica alla tendenza storica alla patologizzazione indebita.

Controllo

Laddove l'omogeneizzazione e la patologizzazione si riferiscono alle etichette e agli assunti alla base dell'MHPSS, il concetto di "controllo" è una lente attraverso cui si possono analizzare le motivazioni dell'MHPSS. L'analisi delle Linee guida rivela due elementi di controllo: innanzitutto, sia da la precedenza alla conoscenza occidentale; in secondo luogo, si usano le ambigue categorie di "standard minimi" ed "emergenza". Anche se il documento creca evidentemente di affrontare le dinamiche di potere insite nell'intervento, questi tre aspetti possono perpetuare il controllo. Tale controllo è comunque riconducibile alle problematiche più generali legate al controllo all'interno dell'umanitarismo, invece di essere una dinamica specifica dei programmi psicosociali in particolare. Pertanto, in base all'analisi delle linee guida IASC, il concetto di "controllo" della Pupavac è rilevante per la pratica attuale soltanto in quanto i programmi psicosociali sono collegati all'umanitarismo.

Innanzitutto, le Linee guida danno priorità alla "conoscenza occidentale". Tuttavia, contrariamente alla critica originaria della Pupavac, tale prioritarizzazione non è connessa alla conoscenza psicosociale in particolare ma piuttosto alle procedure occidentali di misurazione, sovvenzione e finanziamento. Spiegando l'importanza dell'utilizzo di indicatori specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e vincolati a una scadenza (conosciuti come smart) nella progettazione e nella misurazione dei programmi, le Linee guida affermano che "sebbene gli indicatori di processo e di soddisfazione siano strumenti utili per apprendere dall'esperienza, gli indicatori di esito forniscono i dati più forti per un'azione informata" (IASC, 2007, p. 47). Si nota l'importanza di dimostrare i risultati e si afferma che il tipo di misurazione preferibile è quello che può provare "se l'intervento ha causato [...] un cambiamento" (ibidem). La partecipazione della comunità a questi metodi di monitoraggio e valutazione viene lodata; tuttavia si dà priorità alla necessità di produrre risultati chiari e misurabili. Oltre che un fine in se stessa, la partecipazione è quindi anche un mezzo per raggiungere questo risultato. Ciò rammenta altri approfondimenti del concetto di partecipazione (Cooke e Kothari, 2001; Wallace, 2007) e serve a non perdere di vista il concetto che la partecipazione in sé può essere usata come strumento politico. Oltre all'uso di particolari indicatori e tecniche di misurazione, si dà la preferenza alle conoscenze "specialistiche" esterne poiché i programmi devono filtrare i dati attraverso questa struttura "misurata". Da un esame dei programmi di MHPSS

dell'unhcr in Etiopia è emerso che è stato difficile trovare personale locale che conoscesse le Linee guida e le sapesse utilizzare (Schilperoord et al., 2008). Pubblicate nel 2008, oggi queste riflessioni sono forse obsolete; infatti, con la maggiore diffusione delle Linee guida, è possibile che il personale locale abbia imparato a conoscerle. Tuttavia l'osservazione è importante: a livello locale possono risultare estranei non soltanto certi termini e concetti specifici ma anche il sistema di finanziamento e rendicontazione che rende possibili i programmi di MHPSS. Questa è una sorta di controllo nella misura in cui i programmi devono uniformarsi a conoscenze in gran parte "occidentali", o comunque esterne, per ricevere finanziamenti e ottenere una legittimazione.

Non è chiaro se questo controllo sia uno strumento usato intenzionalmente dai programmi di MHPSS per mantenere gli equilibri storici di potere ed esercitare un controllo a favore degli interessi occidentali o della prevenzione del rischio globale, come teorizzato dalla Pupavac. Ci sono poche prove del fatto che il contenuto delle Linee guida promuova o renda possibile una gestione del rischio globale di questo tipo. Questa è in parte una carenza intrinseca della metodologia adottata ovvero l'analisi di una specifica serie di linee guida; certi fattori politici non saranno evidenti ed è impossibile teorizzare in modo esauriente le motivazioni dell'MHPSS attraverso l'analisi testuale.

In secondo luogo, nonostante l'enfasi delle Linee guida sulla risposta minima delle emergenze (Wessells e van Ommeren, 2008), esse contengono comunque istruzioni diffuse, per quanto generali, sull'implementazione di una "risposta completa". Il secondo capitolo contiene una "matrice degli interventi" in cui vengono riportate indicazioni sulla preparazione all'emergenza, sulla risposta minima e sulla risposta completa in relazione alle problematiche dell'MHPSS. A proposito della risposta completa, si dice che essa viene "implementata il più delle volte durante la fase di stabilizzazione avvenuta e il periodo di prima ricostruzione in seguito a un'emergenza" (IASC, 2007, p. 21). L'implementazione delle Linee guida da parte delle agenzie umanitarie corrobora l'osservazione della loro applicabilità al di là della "fase di emergenza"; l'unhcr, ad esempio, ha cercato di integrarle in tutti programmi, dalle iniziative di aiuto nei casi di violenza sessuale o di genere agli aiuti per lo sviluppo di comunità, ai programmi di sostentamento, alla fornitura di alloggi e altri settori (Shilperoord et al., 2008). Poiché nelle Linee guida trovano evidentemente spazio preoccupazioni connesse alla fase del post-emergenza, vale la pena riflettere sulla funzione del concetto di "emergenza" per la comunità professionale a capo del settore dell'MHPSS. Probabilmente il desiderio di raggiungere un consenso ha influito su questo centro di attenzione poiché era più facile mettere d'accordo i professionisti sulle risposte che possono essere appropriate nell'immediato piuttosto che sugli interventi a lungo termine. Tuttavia è anche possibile che il concetto di "emergenza" legittimi le Linee guida in generale, alludendo a una responsabilità morale (Fassin e Rechtman, 2009) e a un ambiente in cui l'uso di mezzi eccezionali è giustificato e si può esercitare un controllo (Agamben, 1998; Calhoun, 2010; Pupavac, 2012). Inoltre, un discorso basato sulla "emergenza" potrebbe perpetuare la convinzione che i programmi siano più

preziosi nel breve termine e meno importanti una volta esaurita la fase emergenziale. Sebbene ciò possa incoraggiare i finanziatori a usare le dovute cautele prima di mobilitare dei programmi psicosociali a lungo termine basati su presupposti omogeneizzanti e patologizzanti, può anche complicare l'acquisizione di fondi per aiuti a più lungo termine. È stato osservato che tendenzialmente i finanziatori preferiscono gli interventi per le prime fasi di emergenza, prima della comparsa di possibili problemi di salute mentale che interesseranno finestre temporali più lunghe e quando soltanto una minoranza di persone richiederà veramente cure specialistiche (Silove, 2005). Analogamente, il fatto di concentrarsi sulle emergenze potrebbe deviare l'attenzione sia dall'erogazione di cure alle persone con problemi di salute mentale preesistenti, sia dall'erogazione degli interventi di più lungo periodo previsti nei protocolli condivisi.

Complessivamente questi tre aspetti delle Linee guida suggeriscono che il controllo occidentale potrebbe essere reso possibile e perpetuato attraverso il governo terapeutico insito nell'MHPSS. Anche se questo esame non fornisce prove a sostegno della gestione del rischio *geopolitico* descritta dalla Pupavac, emerge chiaramente un certo grado di controllo e prevenzione del rischio per quanto riguarda le conoscenze esterne e il discorso sulla "emergenza". È quindi possibile che continui a essere esercitato un controllo nonostante una qualche riduzione delle tendenze omogeneizzanti e patologizzanti del settore.

Depoliticizzazione

Un aspetto centrale della critica della Pupavac è il concetto di depoliticizzazione ovvero di delegittimazione delle comunità beneficiarie degli interventi in quanto attori politici. Se la mancanza di aspetti omogeneizzanti e patologizzanti nelle Linee guida toglie plausibilità a questa presunta depoliticizzazione, la possibile persistenza di alcuni tipi di controllo sollecita invece ad approfondire la valutazione. Le Linee guida fanno pochi riferimenti all'identità politica dei beneficiari dell'aiuto, limitandosi a sollecitarne la partecipazione ai servizi e a propugnare l'integrazione dei meccanismi di fronteggiamento "non occidentali". Come si è detto sopra, il documento mette in guardia rispetto agli squilibri di potere impliciti in uno scambio terapeutico, come quelli citati dalla Pupavac e da altri autori (cioè l'aumento di vulnerabilità e di insicurezza che accompagna l'uso di particolari metodi terapeutici).

Inoltre, le Linee guida promuovono la realizzazione di misure di protezione e di risposte ad altri bisogni di base. Si ritiene che i destinatari degli interventi traggano beneficio da essi ma anche che possiedano risorse importanti e una "resilienza sufficiente a partecipare agli sforzi per il soccorso e la ricostruzione" (IASC, 2007, p. 5). Ci sono informazioni sulla promozione della salute mentale e del benessere psicosociale attraverso la protezione sociale (IASC, 2007, p. 56), la protezione legale (ibidem, pp. 64-69), il supporto della comunità (ibidem, 93-115), i servizi sanitari (ibidem, 116-147), l'istruzione (ibidem, 148-156) e lo stesso sforzo umanitario di soccorso

(ibidem, 157-162). Benché questa inclusione di considerazioni psicosociali in programmi di altro tipo sia una componente del governo terapeutico e costituisca una forma di conoscenza psicologica diffusa, essa può anche consentire alle comunità di esprimere delle preoccupazioni attraverso molti aspetti della vita quotidiana. Ciò dà potere di per sé, invece di essere limitante, poiché la conoscenza psicologica può aumentare la conoscenza in ognuno di questi campi e, in teoria, promuovere il benessere attraverso i settori. Particolarmente importante è il riconoscimento del fatto che la mancanza di informazioni sull'assistenza umanitaria stessa può essere fonte di sofferenza psicologica. Questo viene rilevato in tutto il documento (Action sheet 8.1, ibidem, pp. 157-162). Le guide pubblicate in seguito hanno seguito questa tendenza, puntando al riconoscimento dei fattori non psicologici, accanto alle considerazioni mentali e sociali, nella valutazione dei bisogni nei settori umanitari (ad es., who, 2011b). Pertanto, sebbene vengano ancora divulgate conoscenze psicologiche, l'ampiezza dei particolari metodi terapeutici impiegati e la considerazione di necessità di carattere non psicologico danno ai singoli e alle comunità il potere di esprimere un'identità politica.

Comunque, ritornando alla questione della prevenzione del rischio geopolitico o internazionale e della depoliticizzazione che ne discende, alla natura dell'umanitarismo è ancora una volta rilevante. Oltre a privilegiare le conoscenze "occidentali", le Linee guida costruiscono i programmi di MHPSS come capaci di conseguire la "neutralità". Si suppone che siano libere da coinvolgimenti politici e dai conflitti di interesse associati al sostegno di particolari agende geopolitiche. Affrontando la questione della possibilità che i servizi siano nocivi, le Linee guida sollecitano i manager a conoscere e riflettere costantemente sui diritti umani universali e i rapporti di potere fra gli esterni e le persone colpite dall'emergenza (IASC, 2007, p. 10). Tuttavia qui il discorso è circoscritto alle dinamiche di potere presenti nell'intervento di MHPSS in sé anziché nel sistema umanitario globale. Le Linee guida consigliano agli "esperti" di psicologia provenienti dall'estero di non intervenire se non hanno una consolidata esperienza transculturale, se non sono stati invitati esplicitamente dai governi ospitanti e se non sono affiliati o supportati da un'organizzazione internazionale (IASC, 2007, pp. 73-74). Non ci sono riferimenti a cautele del genere invece in relazione alle intenzioni degli agenti umanitari in generale. L'attenzione delle Linee guida per l'identificazione e il consolidamento della base di dati psicologici, pur essendo una conquista, non rivela la motivazione degli implementatori dei programmi né le prospettive politiche dalle quali essi sviluppano e supportano i programmi (de Jong et al., 2008). Essa manca di riconoscere come i programmi psicosociali possano essere utilizzati non soltanto per giustificare l'esercizio di un controllo sulle popolazioni colpite ma anche per limitare l'autodeterminazione politica nell'interesse degli agenti umanitari.

Si è discusso molto se sia possibile e auspicabile essere neutrali nell'azione umanitaria (Duffield et al., 2011a; Harroff-Tavel, 1989; Minear, 1999; Slim, 1997). Per quanto alcune organizzazioni si sforzino ancora di essere neutrali o si astengano dalle dispute politiche o ideologiche in modo che tutti gli attori abbiano fiducia negli aiuti umanitari e li permettano (Harroff-Tavel,

1989), la capacità di agire degli agenti umanitari si basa sul compromesso politico (Slim, 1997). Inoltre, i programmi psicosociali sono stati analizzati in quanto strumenti per promuovere gli interventi strategici; Singh (2010) afferma, ad esempio, che si sono allineati bene con gli sforzi di ricostruzione di più lungo periodo che hanno caratterizzato l'intervento degli Stati Uniti in Afghanistan (Donini et al., 2004; Duffield et al., 2001b). Ricordando la critica della Pupavac, Singh sostiene che "in uno schema di promozione della sicurezza, il lavoro psicosociale viene considerato un aiuto umanitario ristorativo [...] ottenuto collegando l'intervento psicosociale agli obiettivi della ricostruzione" (Singh, 2010, p. 8). Se si crede che l'umanitarismo comporti "un certo grado di ingerenza unilaterale, sgradevole o meno, di uno o più stati negli affari di un altro" (Kienzler e Pedersen, 2012), allora i programmi psicosociali e altri strumenti specifici possono anche costituire questa ingerenza intrinsecamente politica, e ciò potrebbe veramente portare alla depoliticizzazione delle persone, come sostiene la Pupavac.

Però, se ci si basa sul contenuto delle linee guida IASC e se i programmi vengono davvero implementati seguendo fedelmente i criteri dichiarati, allora i destinatari dell'aiuto dovrebbero acquisire la facoltà politica di esprimere sia i loro bisogni immediati che i loro desideri per il lungo periodo. La valutazione dell'uso dei programmi psicosociali in Afghanistan effettuata da Singh si conclude ad esempio con le seguenti parole:

I programmi psicosociali che danno enfasi alla vulnerabilità di una comunità possono essere depotenzianti. Possono comunque essere meritevoli e preziosi se permettono alle comunità di identificare e affrontare i propri bisogni sociali e di salute mentale alle proprie condizioni. Il sostegno della capacità locale deve quindi andare al di là della retorica per farsi impegno autentico a fianco degli attori locali (2010, p. 9).

Ancora una volta, la misura in cui i programmi psicosociali sono depoliticizzanti dipende dalla loro implementazione all'interno di un particolare contesto politico. Forse l'assenza di un riconoscimento di questa dimensione politica dell'umanitarismo nelle Linee guida perpetua implicitamente tale tendenza depoliticizzante; va però ricordato che, se applicate correttamente, le Linee guida prescrivono una partecipazione significativa e un coinvolgimento della comunità, come suggerito da Singh. Quindi noi rileviamo un'ulteriore necessità di analizzare i programmi nei singoli contesti politici specifici. La critica della Pupavac risulta fortemente minata dal fatto che le Linee guida sostengono l'empowerment; tuttavia, sul piano pratico essa resta pertinente, specialmente alla luce della relazione sempre più stretta tra l'umanitarismo e il perseguimento di obiettivi di sicurezza sul piano globale.

Conclusioni

La storia dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari è attraversata da un dibattito che interessa aspetti teorici e aspetti pratici. Essa ha coinciso con l'ampia divulgazione di metodi "terapeutici" e conoscenze psicologiche e con lo studio della salute mentale e del benessere dei superstiti di conflitti e disastri naturali, dei rifugiati e di altri profughi. Poiché questo settore è storicamente associato a conoscenze psicologiche e psichiatriche prevalentemente "occidentali", ci si è interrogati sull'adeguatezza e sugli effetti potenzialmente problematici dell'implementazione di tali programmi. Non mancano certo le analisi sul loro valore normativo e sulla loro implementazione pratica, una letteratura a cui hanno contribuito i settori dell'antropologia, della psicologia, della psichiatria e della migrazione forzata. Tuttavia è importante non smettere mai di considerarne le implicazioni politiche. La critica di Vanessa Pupavac, traendo spunto dal lavoro di diversi altri autori e integrando molte delle critiche prevalenti all'MHPSS, fornisce un'utile struttura per tale analisi.

In questo lavoro ho definito il concetto di governo terapeutico internazionale e ho descritto la critica della Pupavac, secondo cui i programmi psicosociali sarebbero omogeneizzanti, patologizzanti, controllanti e depoliticizzanti. Assimilandola e sintetizzandola, ho creato questa struttura valutativa quadripartita e ne ho analizzata l'utilità critica. Senza perderne di vista i limiti, la utilizzo poi per analizzare la prassi attuale, per come essa viene rappresentata nelle *IASC guidelines on mental health and psychosocial support* del 2007. La trattazione ha messo in luce i significativi progressi compiuti nel campo dell'MHPSS in direzione di un modello culturalmente appropriato e potenziante dei programmi psicosociali negli interventi umanitari. Essa dimostra che la "comunità professionale" che ha implementato tali programmi ha cercato di utilizzare i metodi terapeutici e le conoscenze "occidentali" in modo critico ma anche che sarebbe opportuno valutare di volta in volta i singoli progetti nelle varie circostanze specifiche per stabilire fino a che punto questo governo terapeutico internazionale possa costituire un problema. Se i problemi dell'omogeneizzazione e della patologizzazione sono stati affrontati nelle Linee guida, resta la possibilità che i programmi psicosociali concorrano alla natura controllante e depoliticizzante del più ampio governo umanitario.

Bibliografia

- Abramowitz S. e Kleinman A. (2008), *Humanitarian intervention and cultural translation: a review of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, "Intervention Journal", Vol 6, No 3/4, pp. 219-227.
- Agamben G. (1998), *Homo sacer: Sovereign power and bare life*, Stanford University Press, Stanford.

- Ager A. (1993), *Mental health issues in refugee populations: A review*, Boston, Harvard Medical School, Department of Social Medicine, Project on International Mental and Behavioural Health.
- Ager A. (1997), *Tensions in the psychosocial discourse: Implications for the planning of interventions with war-affected populations*, "Development in Practice", Vol 7, No 4, pp. 402-407.
- Ager A. (2008), *Consensus and professional practice in psychosocial intervention*, "Intervention Journal", Vol. 6, No. 34, pp. 261-264.
- Ager A., Strang A. e Abebe B. (2005), *Conceptualizing community development in war-affected populations: Illustrations from Tigray*, "Community Development Journal", 40(2), pp. 158-168.
- Ager A., Strang A. e Wells M. (2006), *Integrating psychosocial issues in humanitarian and development assistance: a response to Williamson and Robinson*, "Intervention Journal", Vol. 4, No. 1, pp. 29-31.
- Aggarwal N. (2011), *Defining mental health and psychosocial in the Inter-Agency Standing Committee Guidelines: constructive criticisms from psychiatry and anthropology*, "Intervention Journal", Vol. 9, No. 1, pp. 21-25.
- Angel B., Hjern A. e Ingleby D. (2001), *Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden*, "American Journal of Orthopsychiatry", 71, pp. 4-15.
- Barnett M. (2011), *The empire of humanity: A history of humanitarianism*, Cornell University Press, New York.
- Barth F. (1969), *The social organization of culture difference*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Bracken P. (2002), *Trauma: Cultural meaning and philosophy*, Whurr Publishers, London.
- Bracken P. e Petty C. (a cura di) (1998), *Rethinking the trauma of war*, Save the Children, Free Association Books.
- British Psychological Society (2012), *DSM-5: The future of psychiatric diagnosis*, The British Psychological Society, Leicester. Disponibile alla pagina http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202012%20-%20BPS%20response.pdf. Consultato il 15 maggio 2013.
- Calhoun C. (2010), *The idea of emergency: Humanitarian action and global (dis)order*. In Fassin D. e Pandolfi M. (a cura di), *Contemporary states of emergency: The politics of military and humanitarian interventions*, Zone Books, New York.
- Cardozo B. (2008), *Guidelines need a more evidence based approach: A commentary on the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, "Intervention Journal", Vol. 6, No. 3/4, pp. 252-254.
- Chandler D.C. (2001), *The road to military humanitarianism: How the human rights NGOs shaped a new humanitarian agenda*, "Human Rights Quarterly", 23(3), pp. 678-700.
- Chomsky N. (1999), *The new military humanism: lessons from Kosovo*, Pluto Press, London.

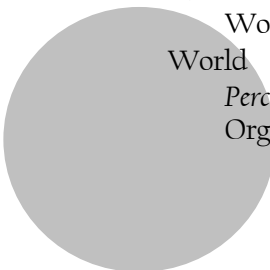
- Cooke B. e Kothari U. (2001), *Participation: The new tyranny?*, Zed Books Ltd., London.
- de Jong K., Mills C. e Mackintosh K. (2008), *Humanitarian issues beyond the technical tools: the IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, "Intervention Journal", Vol. 6, No. 3/4, pp. 334-337.
- Donini A. (2012), *The golden fleece: Manipulation and independence in humanitarian action*, Kumarian Press, West Hartford.
- Donini A., Niland N. e Wermester K. (a cura di) (2004), *Nation-building unravelled? Aid, peace, and justice in Afghanistan*, Kumarian Press Inc., Bloomfield.
- Duffield M. (2001a), *Global governance and the new wars: The merging of development and security*, Zed Books Ltd., London.
- Duffield M. (2001b), *Governing the borderlands: Decoding the power of aid*, "Disasters", Vol 25, Issue 4, pp. 308-320.
- Duffield M., Macrae J. e Curtis, D. (2001a), *Editorial: Politics and humanitarian aid*, "Disasters", Vol 25, Issue 4, pp. 269-274.
- Duffield M., Gossman, P. e Leader, N. (2001b), *Review of the strategic framework for Afghanistan*, Afghanistan Research and Evaluation Unit, Kabul.
- Fassin, D. e Rechtman, R. (2009), *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*, Princeton University Press, Princeton.
- Foucault M. (1991), *Governmentality*. In Burchell G., Gordon C. e Miller P. (a cura di), *The Foucault effect: Studies in governmentality*, University of Chicago Press, Chicago.
- Friedman M., Resick P., Bryant R. e Brewin C. (2010), *Considering PTSD for DSM-5*, "Depression and Anxiety", Vol 28, Issue 9, pp. 750-769.
- Ge J.P. (2011), *An introduction to discourse analysis: theory and method*, Routledge, New York.
- Geertz C. (1973), *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York.
- Gordon C. (1991), *Governmental rationality: an introduction*. In Burchell G., Gordon C. e Miller P (a cura di), *The Foucault effect: studies in governmentality*, University of Chicago Press, Chicago.
- Harrell-Bond B. (1986), *Imposing aid: emergency assistance to refugees*, Oxford University Press, Oxford.
- Harrell-Bond B. (2002), *Can humanitarian work with refugees be humane?*, "Human Rights Quarterly", Vol. 24, No. 1, pp. 51-85.
- Harroff-Tavel M. (1989), *Neutrality and impartiality? The importance of these principles for the International Red Cross and Red Crescent Movement and the difficulties involved in applying them*, "International Review of the Red Cross", 29(273), pp. 563-552.
- Hinton D. e Lewis-Fernández R. (2011), *The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5*, "Depression and Anxiety", Vol 28, Issue 9, pp. 783-801.
- Hollifield M., Warner T., Lian N., Krakow B., Jenkins J., Kesler J., Stevenson J. e Westermeyer J. (2002), *Measuring trauma and health status in*

- refugees: a critical review, "The Journal of the American Medical Association", 288, pp. 611-621.
- Howell A. (2012), *The demise of PTSD: From governing through trauma to governing resilience*, "Alternatives: Global, Local, Political", 37, pp. 214.
- Inter-Agency Standing Committee (2003), *IASC guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings*, Inter-Agency Standing Committee, Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee (2005), *IASC guidelines on gender-based violence interventions in humanitarian settings*, Inter-Agency Standing Committee, Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, Inter-Agency Standing Committee, Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (IASC Reference Group) (2010), *Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: what should humanitarian health actors know?*, IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Geneva.
- Ingleby D. (2005), *Editor's introduction*. In Ingleby D. (a cura di), *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*, Springer, New York.
- James L., Noel J., Favorite T. e Jean J. (2012), *Challenges of post-disaster intervention in cultural context: The implementation of a lay mental health worker project in postearthquake Haiti*, "International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation", 1(2), pp. 110-126.
- Joseph S., Williams R. e Yule M. (1997), *Understanding Post-Traumatic Stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*, Wiley, London.
- Kienzler H. (2008), *Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena*, "Social Science & Medicine", 67, pp. 218-227.
- Kienzler H. e Pedersen D. (2012), *Strange but common bedfellows: The relationship between humanitarians and the military in developing psychosocial interventions for civilian populations affected by armed conflict*, "Transcultural Psychiatry", 49, pp. 492-518.
- Kleber R.J., Brom D. e Defares P.B. (1992), *Coping with trauma: theory prevention and treatment*, Swets and Zeitlinger International, Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania.
- Kleber R.J., Fingley C.R. e Gersons B.P.R. (a cura di) (1995), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*, Plenum Press, New York.
- Laqueur T. (2010), *We are all victims now. Review of The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood by Fassin D. e Rechtman R.*, "London Review of Books" [online] Vol. 32, No. 13, pp. 19-23. Disponibile alla pagina <http://www.lrb.co.uk/v32/n13/thomas-laqueur/we-are-all-victims-now>. Consultato il 22 marzo 2013.

- Macrae J. (1998), *The death of humanitarianism? An anatomy of the attack*, "Refugee Studies Quarterly", 17(1), pp. 24-32.
- Malkki L. (1995), *Refugees and exile: From "refugee studies" to the natural order of things*, "Annual Review of Anthropology", 24, pp. 495-523.
- Marsella A.J., Friedman M.J., Gerrity E.T. e Scurfield R.M. (a cura di) (1996), *Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder: issues, research and clinical applications*, American Psychological Association, Washington, DC.
- McKinney K. (2007), *Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma*, "Transcultural Psychiatry", 44, p. 482.
- MHPSS Network (2013), *Mental health and psychosocial support network "about" webpage*. Disponibile alla pagina <http://MHPSS.net/about/>. Consultato il 5 marzo 2013.
- Miller K. e Rasco L. (a cura di) (2004), *The mental health of refugees*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Minear L. (1999), *The theory and practice of neutrality: some thoughts on the tensions*, "International Review of the Red Cross", 81(833), pp. 63-71.
- North C.S., Pfefferbaum B., Narayanan P., Thielman S., McCoy G., Dumont C., Kawasaki A., Ryosho N. e Spitznagel E. (2005), *Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City*, "The British Journal of Psychiatry", 186, pp. 487-493.
- Pupavac V. (2001), *Therapeutic governance: psycho-social intervention and trauma risk management*, "Disasters", 25(4), pp. 358-372.
- Pupavac V. (2002), *Pathologizing populations and colonizing minds: international psychosocial programs in Kosovo*, "Alternatives", 27(3), pp. 489-511.
- Pupavac V. (2004a), *International therapeutic peace and justice in Bosnia*, "Social & Legal Studies", 13(3), pp. 377-401.
- Pupavac V. (2004b), *Psychosocial interventions and the demoralization of humanitarianism*, "Journal of Biosocial Science", 36(4), pp. 491-504.
- Pupavac V. (2005), *Human security and rise of global therapeutic governance*, "Conflict, Security and Development", 5(2), pp. 161-181.
- Pupavac V. (2006a), *Refugees in the 'sick role': stereotyping refugees and eroding refugee rights*, "New Issues in Refugee Research Paper", No. 128, UNHCR.
- Pupavac V. (2006b), *Humanitarian politics and the rise of international disaster psychology*. In Reyes G. e Jacobs A. (a cura di), *Handbook of International Disaster Psychology*, Praeger, Connecticut.
- Pupavac V. (2008), *Refugee advocacy, traumatic representations and political disenchantment*, "Government and Opposition", Vol 43, No 2, pp. 270-292.
- Pupavac V. (2012), *Global disaster management and therapeutic governance of communities*, "Development Dialogue", No. 58, pp. 81-97. Disponibile alla pagina www.dhf.uu.se/wordpress/wp-content/uploads/2012/04/dd58_one_side.pdf. Consultato il 18 marzo 2013.
- Psychosocial Working Group (2002), *A conceptual framework for psychosocial intervention in complex emergencies*, IHHD Queen Margaret University, Edinburgh.

- Rieff D. (2002), *A bed for the night: humanitarianism in crisis*, Simon & Schuster, New York.
- Ruzek J., Brymer M., Jacobs A., Layne C., Vernberg E. e Watson P. (2007), *Psychological First Aid*, "Journal of Mental Health Counselling", Vol 29, No 1, pp. 17-49.
- Schilperoord M., Buffoni L. e Kouyou W. (2008), *UNHCR's potential and its challenges in implementing the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in the Ethiopia context*, "Intervention Journal", Vol. 6, No. 3/4, pp. 307-309.
- Slim H. (1997), *Relief agencies and moral standing in war: principles of humanity, neutrality, impartiality and solidarity*, "Development in Practice", 7(4), pp. 342-352.
- Sphere Project (1998), *Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Disponibile alla pagina http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.ceecis.org%2Fremf%2FService3%2Funicef_eng%2Fmodule4%2Fdocs%2F4-4-2c_sphere-minimum-standards-disaster-response.doc&ei=InOXUanpKOq74ASXqYDgAw&usg=AFQjCNHUer2tClZUNN3HVXQdpOTuvKLIhw&bvm=bv.46751780,d.bGE. Consultato il 5 aprile 2013.
- Sphere Project (2000), *Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Disponibile alla pagina <http://www.sphereproject.org/resources/?search=1&keywords=&language=0&category=22&subcat-22=24&subcat-29=0&subcat-31=0&subcat-35=0&subcat-49=0>. Consultato il 5 aprile 2013.
- Sphere Project (2004). *Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Disponibile alla pagina <http://www.refworld.org/docid/3d64ad7b1.html>. Consultato il 6 aprile 2013.
- Sphere Project (2011). *Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Disponibile alla pagina <http://www.refworld.org/docid/4ed8ae592.html>. Consultato il 6 aprile 2013.
- Silove D. (1999), *The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee traumas*, "Journal of Nervous and Mental Disease", 187, pp. 200-207.
- Silove D. (2005), *The best immediate therapy for acute stress is social*, "Bulletin of the World Health Organization", 83, pp. 75-76.
- Silove D., Ekbal S. e Mollica R. (2000), *The rights of severely mentally ill in post-conflict societies*, "The Lancet", 355, pp. 1548-1549.
- Singh N. (2010), *An institutional analysis of psychosocial approaches in post-conflict humanitarian programmes: The case of Afghanistan*, relazione presentata alla sesta conferenza annuale CRONEM, University of Surrey, England, 29-30 giugno 2010.
- Summerfield D. (1999), *A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas*, "Social Science & Medicine", 48, pp. 1449-1462.

- Summerfield D. (2000), *Childhood, war, refugeedom, and 'trauma': three core questions for mental health professionals*, "Transcultural Psychiatry", Vol. 37, No. 3, pp. 417-433.
- Summerfield D. (2001), *The intervention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*, "Social Science & Medicine", 48, pp. 1449-1462.
- Summerfield D. (2005), *What exactly is emergency or disaster "mental health"*, "Bulletin of the World Health Organization", 83, pp. 76-77.
- Summerfield D. (2008), *How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?*, "BMJ", Vol. 446, pp. 992-994.
- Terry F. (2002), *Condemned to repeat? The paradox of humanitarian action*, Cornell University Press, New York.
- Tol W., Patel V., Tomlinson M., Baingana F., Galappatti A., Silove D., Sondorp E., Van Ommeren M., Wessells M. e Panter-Brick C. (2012), *Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings*, "Harvard Review of Psychiatry", January-February 2012, Vol. 20, No. 1, pp. 25-36
- Turton D. (2003), *Conceptualising forced migration*. RSC Working Paper No. 12, University of Oxford Refugee Studies Centre.
- Van Ommeren M., Saxena S. e Saraceno B. (2005), *Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?*, "Bulletin of the World Health Organization", 83, pp. 71-75.
- Van Ommeren M., Wessells M. e Inter-Agency Standing Committee (2007), *Task Force on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Inter-agency agreement on mental health and psychosocial support in emergency settings*, "Bulletin of the World Health Organization", 85(11).
- Vaux T. (2001), *The selfish altruist: Relief work in famine and war*, Earthscan, London.
- Wallace T., Bornstein L. e Chapman J. (2007), *The aid chain: Coercion and commitment in development NGOs*, Practical Action, Bourton on Dunsmore.
- Wessells M. (2009), *Do no harm: Toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies*, "American Psychologist", 64(8), pp. 842-854.
- Wessells M. e Van Ommeren M. (2008), *Developing inter-agency guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, "Intervention Journal", Vol. 6, No. 3/4, pp. 199-218.
- Williamson J. e Robinson M. (2006), *Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being?*, "Intervention Journal", Vol. 4, No. 1, pp. 4-25.
- World Health Organization (2011a), *Psychological first aid: Guide for field workers*, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2011b), *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with scale*, World Health Organization, Geneva.



World Health Organization (2012), *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings*, World Health Organization, Geneva.

Young A. (1995), *The harmony of illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Zetter R. (1991), *Labelling refugees: Forming and transforming a bureaucratic identity*, "Journal of Refugee Studies", Vol. 4, No. 1, pp. 39-62.

Traduzione dell'articolo di Katherine Rehberg, Working Paper Series no. 98. Revisiting therapeutic governance. The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings, Refugee Studies Centre, Oxford Department of International Development, University of Oxford, March 2014. Consultabile alla pagina <http://www.rsc.ox.ac.uk/publications/revisiting-therapeutic-governance-the-politics-of-mental-health-and-psychosocial-programmes-in-humanitarian-settings>.

Traduzione dall'inglese di Gabriele Lo Iacono (www.psicologia-editoria.eu) per conto di Psicologi per i Popoli – Trentino.

Per contattare l'autrice, Katherine.Rehberg@gmail.com.

**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’emergenza e dell’assistenza umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue (gennaio e settembre) per complessive duecento pagine (ogni numero consta di cinque articoli per un totale di circa cento pagine).
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi alle emergenze nazionali, alle emergenze internazionali e ai diritti umani; rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) esperienze pratiche; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche.
3. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf all’indirizzo e-mail marilena.tettamanzi73@gmail.com.
4. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per eventuali comunicazioni.
5. Gli articoli proposti per la pubblicazione verranno visionati dalla direzione, la quale si riserva di richiedere agli autori stessi modifiche e revisioni qualora i lavori non rispondessero alle caratteristiche descritte.
6. Gli articoli proposti e revisionati verranno pubblicati sul primo numero della rivista disponibile in termini temporali.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare *in prima pagina*: autore, ente di appartenenza e titolo dell’articolo;
2. nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell’autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l’ente di appartenenza e un a capo;
3. il titolo dell’articolo dovrà essere scritto in grassetto;
4. l’articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese);
5. la lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole);
6. usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato;
7. usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo;
8. non usare comandi di sillabazione o comandi macro;
9. non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo;
10. usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto;
12. non numerare le sezioni;

13. negli elenchi, usare la seguente gerarchia: numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); lineette medie: -;
14. dopo i segni di punteggiatura lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa;
15. nel citare i passi direttamente da un altro autor, e porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse "...", e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...];
16. nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione "e" senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inserire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.;
17. per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.;
18. è preferibile usare "si veda" o "vedi" piuttosto che "cfr." o "vd.";
19. nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto;
20. inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle;
21. la bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, "Nuove tendenze della psicologia", 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo in libro:

Grotberg E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.