



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**¿POR QUÉ CREAR DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS PARA LOS INMIGRANTES
Y SUS NIÑOS? LA EXPERIENCIA FRANCESA**

Marie Rose Moro

Psicopatol. salud ment. 2004, 4, 69-80

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños?

La experiencia francesa

Marie Rose Moro *

RESUMEN

Las migraciones, los viajes, los intercambios nos obligan a integrar los cuestionamientos culturales en los cuidados psíquicos. A partir de la experiencia francesa de trabajo clínico con los hijos de inmigrantes (bebés, niños, adolescentes y sus familias), la autora propone una manera nueva de pensar y de hacer. A nivel teórico, es necesario integrar en nuestras teorías el marco cultural de la relación con los pacientes, sus representaciones de las necesidades del niño y de los padres (el ser), la manera de pensar la enfermedad (el sentido, las teorías etiológicas) y el hacer (¿qué hacer para salir del sufrimiento?) Y por fin, elaborar el traumatismo migratorio de los padres. Al nivel metodológico, se propone "el complementarismo" y "el descentramiento" para pretender llegar a la universalidad psíquica. PALABRAS CLAVE: psiquiatría transcultural, psicoterapia transcultural, etnopsicoanálisis, padres, hijos, inmigrantes, eficacia terapéutica.

ABSTRACT

Migrations, journeys and exchanges encourage us to integrate the question of culture into mental health care. Based on the experience of mental health care with children of immigrants (babies, infants, adolescents and their families) in France, the author proposes a new way of thinking and of practising. On a theoretic level, it is necessary to integrate into our theories the cultural frames of our relationship with patients. We also have to consider patients' representations of the needs of both the children and the parents (the ontological representations), their ways of understanding illness (the etiological theories) and their representations of possible forms of action (what is necessary to end the suffering). Finally, the working through of the migration traumatism of their parents is considered. On a methodological level, the "complementaristic method" and the "decentring technique" are proposed to attain psychic universality. KEY WORDS: cross-cultural psychiatry, cross-cultural psychotherapy, ethnopsyoanalysis, parents, children, immigrants, therapeutic efficacy.

RESUM

Les migracions, els viatges, els intercanvis ens obliguen a integrar les qüestions culturals en les cures psíquiques. A partir de l'experiència francesa de treball clínic amb els fills d'immigrants (nadons, nens, adolescents i les seves famílies), l'autora proposa una nova manera de pensar i fer. A nivell teòric, és necessari integrar en les nostres teories el marc cultural de la relació amb els pacients, les seves representacions de les necessitats del nen i dels pares (el ser), la manera de pensar la malaltia (el sentit, les teories etiològiques) i de fer (què fer per sortir del patiment?) i per fi, elaborar el traumatisme migratori dels pares. Al nivell metodològic, es proposa "el complementarisme" i el descentrament per pretendre arribar a la universalitat psíquica. PARAULES CLAU: psiquiatria transcultural, psicoteràpia transcultural, etnopsicoanàlisi, pares, fills, immigrants, eficàcia terapèutica.

Las sociedades modernas son múltiples y complejas. En el curso de la historia, los países de emigración, pasarán a ser, a su vez, países de inmigración. Así está pasando con España, Italia o Portugal. Las migraciones, los viajes, los intercambios nos obligan a integrar los cuestionamientos culturales, la manera de pensar de la sociedad y de sus componentes, por ejemplo, los cuidados psíquicos. De éste modo, la relación terapéutica, es decir, lo que el terapeuta trata de establecer con su paciente, es una relación compleja donde hace poco comenzamos a identificar los componentes. Esta relación se basa en los elementos culturales implícitos compartidos por aquellos que están

*Profesora de psiquiatría del niño y del adolescente, Universidad París, Francia. Jefe del Servicio de Psicopatología del niño y del adolescente, Hospital Universitario "Avicenne", Bobigny, Francia.
Correspondencia: marie-rose.moro@avc.ap-hop-paris.fr.*

implicados. Refiriéndonos a la psicoterapia con los inmigrantes, estas premisas no son necesariamente compartidas, lo que implica otra manera de comprender nuestros modos de hacer, permitiendo construir lo que habitualmente es primero e implícito: el contenido propio de la interacción; es decir, la cultura. Es necesario definir la cultura.

Pensar

Todos admitimos lo siguiente: "No existe hombre sin cultura". Desde 1943, Roheim había enfatizado: "...cultura significa *humanidad*, ya que las manifestaciones las más elementales de la existencia humana... pueden ser consideradas como los inicios de la cultura" (1972, pág. 31). Una hipótesis actualmente rechazada es la idea de un hombre en estado natural, de un hombre universal existiendo fuera de toda cultura.

La cultura desde el interior

La filosofía define, generalmente, la cultura como un recorte racional para comprender el mundo. Toda cultura define las categorías que permitan hacer una lectura del mundo y dar un sentido a los acontecimientos. Esas categorías son arbitrarias al mismo tiempo que difieren de una cultura a otra (realidad/no-realidad; humana/no-humana; el mismo/el otro, etc.). Podemos considerarlas como esquemas culturales transmitidos de manera implícita. Representarse es "tallar en lo real", es escoger las categorías comunes para percibir el mundo de manera ordenada. Estos mundos compartidos forjan la pertinencia de las representaciones para un grupo dado.

De éste modo, un sistema cultural está constituido por un idioma, un sistema de parentesco, un *corpus* de técnicas y de modos de producir los adornos, la cocina, las artes, las técnicas de atención, las técnicas de cuidados maternos (1). Todos estos elementos dispersos están estructurados de manera coherente por las representaciones. Estas representaciones culturales son las interfaces entre el interior y el exterior, que son el resultado de la apropiación por los individuos de los sistemas de pensamiento de origen cultural. Ellas permiten la experiencia subjetiva. El individuo incorpora las representaciones y seguidamente las reelabora desde su propia posición, conflictos internos y rasgos de su personalidad. ¿Qué es entonces la cultura, desde el punto de vista del sujeto mismo?

La cultura permite una codificación de la totalidad de la experiencia vivida por un individuo, lo que le permite anticipar el sentido de lo que puede suceder: el control de la violencia, de lo imprevisto y, por consiguiente, del no-sentido. La cultura trata de poner a disposición del sujeto un modo de lectura del mundo. Esta codificación es un proceso compuesto de ingredientes complejos, de inferencias ontológicas (la naturaleza de los seres y de las cosas), pero también, de inferencias de causalidad permitiendo dar un sentido a un acontecimiento inventariado: ¿Por qué? ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí en ese momento? (Sindzinger, 1989).

En éstos sistemas culturales, que son de una extraordinaria complejidad y que siempre están en movimiento, se necesita identificar algunos elementos que sean eficaces para comprender y curar el sufrimiento psíquico, en situación transcultural.

El enigma de la enfermedad

Caer enfermo, tener dificultades con su niño, perder uno de sus familiares, etc., no es solamente la señal de un desorden y de un sufrimiento importante, sino también de un gran alboroto que se trata de apaciguar buscando un sentido o sentidos posibles, incluso si son transitorios. Todas las sociedades tratan de "pensar lo insensato", según la bella expresión de Zempléni (1985), para definir las *teorías etiológicas*, o sea, las teorías culturales sobre cuales se basan para sobrevivir al dolor y al no-sentido. Se considerará la intervención de seres culturales como divinidades, genios de la marisma o de la tierra (posesión); de procesos técnicos (brujería, intervenciones mágicas, etc.); de la

trasgresión de tabúes o prohibiciones; de la intervención de los antepasados, del regreso de los muertos, etc.

Estos enunciados son ante todo procesos antes de ser contenidos. Ellos están constituidos de un conjunto organizado de hipótesis que no pertenecen propiamente al individuo pero que él se adjudica, en parte, en un momento dado de su vida, cuando lo necesita. Estas hipótesis están puestas a su disposición por el grupo y son transmitidas de múltiples formas: por la experiencia, por el relato, por los enunciados no orales como los ritos, por las técnicas del cuerpo, por las técnicas de cuidados, etc. Son mecanismos de producción de sentido, *in fine* individual, muy variables y muy inconstantes con el tiempo. Las teorías etiológicas son "formas vacías", suficientemente generales e implícitas para ser pertinentes a todos los individuos de un mismo grupo cultural (Ibid., pág. 21).

El ser, el sentido y el hacer

Por último, toda teoría etiológica enunciada implica, *ipso ipso*, una técnica particular de cuidados. Si *aquí* estamos poseídos por un espíritu se necesita negociar con él haciendo un rito de posesión. Si *allá* los antepasados han sido ofendidos, es imperativo reparar éste acto **con** un sacrificio. La diada eficiente está constituida por la teoría etiológica asociada a la técnica terapéutica correspondiente. De esa manera, toda teoría etiológica contiene en sí misma, una forma, una palabra y un acto. Comprendemos así la función dinámica de las teorías etiológicas: lejos de revelar la causa última del mal, ellas imponen, en realidad, un procedimiento (Nathan y Moro, 1989). La eficacia está en el procedimiento y sus consecuencias para el grupo y el individuo, y no en el contenido del enunciado mismo. Para co-construir un marco culturalmente pertinente (2) se ha demostrado que debemos explorar, particularmente, tres niveles:

- *El nivel ontológico*, el ser: ¿Cuál es la representación de la naturaleza del ser, de su origen, de su identidad, de su función? ¿Qué es un niño? ¿Qué necesita? ¿Qué es una madre, un padre?
- *El nivel etiológico*, el sentido: ¿Qué sentido dar al desorden que lo invade? ¿Cómo tratar de responder a las preguntas respecto a la enfermedad? ¿Cómo concebir las consecuencias de éste desorden? ¿Por qué me he enfermado? ¿Por qué mi bebé no crece normalmente?
- *Las lógicas terapéuticas*, el hacer: ¿Cuál es la lógica de la acción de los cuidados a realizar? ¿Cómo hacer para reordenar los mundos después de la confusión, del desorden? ¿Por qué caminos debe pasar la transformación del ser para curarse?

Así, por ejemplo, frente a un *ataque hechicero* (teoría etiológica cultural que puede dar un sentido a un desorden psíquico), la lógica etiológica corresponde a la ruptura de un ser en evolución –en tránsito (teoría ontológica)– y a la vulnerabilidad de éste ser en un momento de su vida –vulnerabilidad a ésta violencia que se le hace–. La lógica terapéutica correspondiente es el manejo de los conflictos (violencia, agresividad, sexualidad, celos...) y la protección del ser (con los objetos, las reuniones familiares, las palabras, etc.). Estos tres niveles (el ser, el sentido y el hacer) participan en la construcción del pensamiento en un individuo dado, en un momento preciso de su historia.

La cultura se vuelve un conjunto dinámico de representaciones cambiantes en continua transformación, articulándose las unas con las otras; un sistema abierto y coherente en interacción constante con el sujeto. A ésta dimensión del origen cultural, debemos añadir la dinámica de los acontecimientos migratorios, sus consecuencias, potencialmente traumáticas, para el individuo y siempre la aculturación secundaria a ésta migración.

El trauma migratorio

El acontecimiento migratorio es considerado aquí como un acto psíquico: por la ruptura del marco externo que ello implica. La migración conlleva una ruptura a nivel del marco cultural interiorizado del paciente (Nathan, 1986a). En efecto, la migración es primeramente un acontecimiento sociológico, inscrito en un contexto histórico y político. Los motivos por los cuales se emigra son

numerosos: algunas veces se está obligado a hacerlo por motivos políticos y en otras ocasiones por razones económicas. A veces, se emigra para encontrar una vida decente en otra parte, para buscar una libertad individual, por aventura o exotismo. Además de la vivencia de la migración misma, habría que añadir las circunstancias que han precedido a éste viaje. Los refugiados políticos que, en ocasiones, han sufrido torturas o diferentes tipos de violencia en su país, tienen un pasado pre-migratorio traumático que va a modificar su manera de vivir el exilio. Pero toda migración, escogida o deseada, es un acto valiente que empeña la vida del individuo y ocasiona modificaciones en toda la historia familiar. De los miles de relatos escuchados sobre las migraciones, algunos nos hacen pensar que los motivos del viaje, incluso cuando es voluntario, son ambivalentes: deseo de partir y miedo de dejar a los suyos, modos de resolver los conflictos familiares, trayectoria de ruptura o de aculturación al interior de su propio país, etc. La migración es un acto complejo que no puede reducirse al azar o a la necesidad, de ahí su grandeza existencial.

Sin embargo, cualesquiera que sean las motivaciones de éste acto, emigrar es, a menudo, traumático. Por ello, es necesario distinguir varias dimensiones de este traumatismo migratorio (Nathan, 1987, pág. 8): "el traumatismo descrito clásicamente por la teoría psicoanalítica puede definirse como una súbita afluencia pulsional no elaborada y no susceptible de ser reprimida debida a la ausencia de angustia en el momento de su aparición". El psicoanálisis reconoce tres significaciones de la noción de traumatismo: de un choque violento, la de una ruptura y la que afecta a la organización entera. Además de este primer tipo de traumatismo, Nathan diferencia otros dos: el traumatismo "intelectual" o traumatismo del "no-sentido", cuyo modelo fue dado por G. Bateson en su definición del "*double bind*" y, por último, un tercer tipo, el "traumatismo de la pérdida del marco cultural interno", desde el cual se descifra la realidad externa. Cuando hay un traumatismo migratorio, generalmente es "del tercer tipo", que puede estar asociado a los otros dos. Las dimensiones afectivas, cognitivas y culturales implican interacciones necesarias y complejas.

El traumatismo migratorio no es ni constante ni inevitable; sin embargo, puede sobrevenir cualquiera que sea la personalidad anterior del emigrante. Los factores sociales hostiles (en el país de origen y en el nuevo país) son factores agravantes. Pero, aún cuando esto suceda, éste traumatismo no produce necesariamente efectos patógenos. Algunas veces, como todo traumatismo, puede ser estructurante y portador de una nueva dinámica para el individuo; incluso puede ser el germen de una transformación o fuente de una nueva creatividad. La migración puede ser, también, portadora de potencialidades creadoras. De ahí la necesidad de identificar los factores que permitan controlar el riesgo transcultural.

Hacer

Nuestra práctica transcultural, a veces llamada en Francia etnopsicoanálisis, ya que se basa en la antropología y el psicoanálisis, está fundada en el método del *complementarismo*.

Complementarismo, descentramiento y universalidad psíquica

Ciertos fenómenos humanos no se pueden integrar, por la fuerza ni de manera exclusiva, en el campo del psicoanálisis o de la antropología. Su especificidad radica justamente en el hecho de que necesitan un doble discurso –obligatorio–, pero no simultáneo (Devereux, 1974, pág.14). Esta práctica se apoya en un segundo principio el del *descentramiento*.

El complementarismo incluye, al menos, una doble lectura de cada relato y contribuye a ésta descentramiento. La unicidad conduce al sí mismo y, por consiguiente, al yó; mientras que la pluralidad obliga a la multiplicidad de las referencias y, a su vez, al distanciamiento. Esta diferenciación permite el descentramiento. Complementarismo y descentramiento, son componentes esenciales de la clínica múltiple y, por tanto, a la clínica del futuro. Para hacerla realidad, debe apoyarse en una identidad profesional firme y en principios sin falla, particularmente aquel de la universalidad psíquica.

Desde el punto de vista teórico, hay un postulado sin el cual el etnopsicoanálisis no hubiera podido construirse: el de la *universalidad psíquica*; es decir, la unidad fundamental del psiquismo humano (Devereux, 1970). De éste postulado deducimos la necesidad de dar el mismo estatuto ético, pero también científico, a todos los seres humanos, a sus producciones culturales y psíquicas, a sus modos de vivir y de pensar, a pesar de ser diferentes y sorprendentes. Enunciar este principio puede parecer una evidencia, pero los elementos implícitos en numerosas investigaciones “llamadas científicas”, pasadas y presentes, nos muestran que éste principio se olvida fácilmente. Del mismo modo, la exclusión de algunos pacientes inmigrantes de los dispositivos psicoterapéuticos nos cuestiona sobre ésta evidencia. Otra característica humana universal es el hecho de que todo hombre tiene una cultura y a partir de ella se establece su humanidad y su universalidad (Nathan, 1986 a).

Uno de los enfoques del etnopsicoanálisis es trabajar en lo particular sin especular en *un* universal, el cual no se conoce completamente pero que a menudo es inferido desde lo particular, sabiendo que “lo universal” es el punto donde converge todo conocimiento de la ciencias humanas, sin tener nunca la certeza de haberlo encontrado. Preguntemonos como llegar a ello: dos proposiciones pueden ayudarnos: el complementarismo y el decentramiento.

En resumen, sobre el principio del complementarismo se ha construido la teoría (Devereux), luego ha seguido la técnica, con sus múltiples variedades múltiples –a veces controvertidas, ya en Francia, en Suiza, en Bélgica, en Italia, en Canadá, en Estados Unidos y hace poco en España-. Esta técnica, necesariamente complementarista, está continuamente en construcción. Sin embargo, ciertos parámetros están bien definidos (Moro 1994a, 1998): la necesidad de un grupo de terapeutas en ciertas situaciones, la importancia del idioma materno del paciente y, sobre todo, la posibilidad de pasar de un idioma al otro, así como la necesidad de comenzar desde las representaciones culturales de los pacientes.

Analícemos, a continuación, algunos parámetros importantes del dispositivo de geometría variable que propone seguimientos individuales o en grupos de co-terapeutas (Deplaen et al.1998).

Un dispositivo mestizo y cosmopolita

Vamos a describir el funcionamiento en el Hospital Avicena, en Bobigny, en la *banlieue* norte de París. En la consulta, trabajamos con un equipo de co-terapeutas (médicos y psicólogos, pero también enfermeras, trabajadores sociales, etc.) de orígenes culturales y lingüísticos variados, entrenados en la clínica y, la mayoría de ellos, en psicoanálisis y capacitados, o por lo menos iniciados, en antropología. Se visita todos los días, de forma individual y en grupo de terapeutas. Ser inmigrante no es un requisito necesario ni suficiente para hacer el etnopsicoanálisis. Lo que es importante es tener la experiencia del descentramiento y de familiarizarse con ciertos sistemas culturales. El grupo va permitir que las experiencias de unos y de otros se potencien mutuamente. Es el aprendizaje y la práctica personal de la alteridad y del mestizaje lo que se pretende, no es la asimilación; por ejemplo, un paciente cabila no será recibido por un terapeuta cabila. El dispositivo propuesto es por naturaleza mestizo y centrado en la noción de la alteridad. Recibimos pacientes de todos lugares: algunos vienen del África Negra, otros del Magreb, también del sudeste Asiático, de las Antillas, de Turquía, de Sri Lanka, de Europa central o del sur, de América Latina, entre otros.

Curar de manera múltiple

La mayoría de padres y niños son vistos individualmente y si es necesario con la ayuda de un traductor. En ciertos casos, podemos pedir ayuda a un grupo de co-terapeutas. A pesar de que el dispositivo grupal es utilizado en una minoría de situaciones, es éste dispositivo el que vamos a describir detalladamente ya que es el más específico y el que nos ha permitido experimentar nuevos enfoques. En realidad, éste dispositivo origina innumerables interrogantes ya que es el menos utilizado de la práctica diaria.

El grupo de terapeutas recibe el paciente y su familia (en general, una decena de co-terapeutas). En las sociedades tradicionales, el individuo interactúa constantemente con su grupo de origen, de ahí la importancia de un grupo en las situaciones de cuidados. Además, la enfermedad es considerada como un acontecimiento que no se refiere únicamente al individuo, sino a la familia y, también, al grupo. Por consiguiente, la enfermedad se cura de un modo grupal: sea el grupo social o la comunidad terapéutica. El tratamiento colectivo de la enfermedad permite un compromiso entre una etiología colectiva y familiar del mal y una etiología individual.

Los profesionales que nos han enviado la familia participan habitualmente en ésta consulta, al menos la primera vez, ya que conllevan un "pedazo de la historia de la familia". Esta presencia activa evita que el seguimiento transcultural sea una nueva ruptura en el largo -y a menudo caótico- camino de éstas familias que tienen, frecuentemente, una larga trayectoria terapéutica anterior.

Además de éstas funciones (modalidad cultural del intercambio y del cuidado, co-construcción de un sentido cultural, apuntalamiento del paciente), el grupo permite también una materialización de la alteridad (al ser cada uno de los terapeutas de origen cultural diferente) y una transformación de ésta alteridad en palanca terapéutica, según la expresión de Devereux (1972), es decir, de soporte de la elaboración psíquica. El mestizaje de los hombres y de las mujeres, de las teorías, de los modos de hacer, es un factor implícito del dispositivo. Del mismo modo, cualquiera que sea el síntoma por el cual nos consultan y la edad del paciente (bebé, niño, adolescente, adulto), se invita a la familia a venir con él, ya que el entorno es, a menudo, el portador de una parte del significado.

El viaje de los idiomas

Para explorar los procesos con precisión, en su complejidad y su riqueza, el idioma materno del paciente está siempre presente en la consulta, si él lo desea. El paciente tiene la posibilidad de hablar su o sus idiomas maternos y, en éste caso, un co-terapeuta habla el idioma o un intérprete traduce. Notemos que un proceso que parece eficaz es la posibilidad de pasar de un idioma al otro, y no el retorno, a veces artificial, a un idioma materno "fosilizado". Según sus ganas, sus posibilidades y la naturaleza del relato que construye, el paciente utiliza ésta posibilidad de pasar, o no, a su idioma materno. De nuevo, se busca la relación entre los idiomas.

Dada la importancia de la traducción, hemos iniciado investigaciones sobre las modalidades de traducción en situación clínica. La primera de ellas, hecha en colaboración con una lingüista, S. De Pury Toumi, consistió en traducir de nuevo, fuera de la situación terapéutica, el discurso enunciado por el paciente por un segundo traductor que ve el video de la consulta y lo retraduce, a su vez, en condiciones muy diferentes de la situación clínica. Este segundo traductor tiene mucho más tiempo que en la situación en directo: puede detenerlo cuando quiera, volver hacia atrás, utilizar una ayuda, pero sobre todo, no está incluido en la relación terapéutica, lo que modifica completamente su posición (Moro, De Pury Toumi, 1994). Hecha esta retraducción, hemos comparado las dos versiones, lo que ha mostrado que existen diferencias en la traducción en directo y a *posteriori*, pero a pesar de estas diferencias, el sentido global del discurso estaba bien compartido por la tríada paciente-traductor-terapeuta. Este último resultado contradice, hay que subrayarlo, la idea generalizada según la cual no puede hacerse terapia con un traductor. Desde luego, trabajar con un traductor es complejo, pero confortable, pues mientras él traduce, podemos pensar, soñar...

Junto a esta comprobación global, la investigación ha mostrado también la importancia de varios procesos que han modificado nuestra manera de trabajar en un entrevista bilingüe. Hemos entrevistado al traductor de la situación clínica sobre lo que ha motivado estas diferencias. Esto ha permitido comprender mejor el papel del traductor en el dispositivo y sus mecanismos de elección y de decisión en el momento mismo de la entrevista. Así, "el conocimiento cultural compartido" permite manifestarse con sobrentendidos y con elementos implícitos, lo cual es fundamental cuando

se aborda temas difíciles: la sexualidad, las relaciones íntimas entre las mujeres y los hombres, incluso entre los padres y los niños; pero también, todo aquello que toca a lo sagrado.

Lo importante es, en primer lugar, darse cuenta del hecho de que trabajemos con un discurso traducido y no enunciado (paciente/terapeuta/paciente) y, por tanto, se trata de un discurso mediatizado por el traductor, lo que implica integrar bien el traductor en el dispositivo terapéutico y formarlo en la situación clínica transcultural.

Por último, ésta investigación da cuenta de la importancia, para los terapeutas, de las asociaciones vinculadas con la materialidad del lenguaje y enunciadas directamente por el paciente, aún si esto mismo no se comprende. Esta "inmersión lingüística" induce en nosotros, imágenes y asociaciones ligadas al efecto mismo de las palabras, de los ritmos, de las sonoridades, etc. La interacción se hace con la razón, pero también, con el idioma mismo y el universo que transporta. La traducción no es simplemente una intermediación, sino que participa en el proceso interactivo de la psicoterapia en situación transcultural.

El terapeuta es también un ser cultural: la contratransferencia cultural

En este dispositivo es necesario instaurar, además de los mecanismos de análisis de la transferencia y de la contratransferencia "afectiva", una modalidad específica de análisis de la contratransferencia vinculada a la dimensión cultural. Otra razón por la cual éste tipo de consulta se realiza en grupo es por ser el vehículo más eficaz para analizar la *contratransferencia cultural* (Moro, Nathan, 1989). Concretamente, al final de la entrevista, el grupo de terapeutas trata de aclarar la contratransferencia de cada uno de los terapeutas, a partir de discutir los afectos sentidos por cada uno, los elementos implícitos, las teorías, etc., que les ha conducido a pensar tal cosa (inferencias), a formular tal acto (intervenciones).

Sabemos que volver operante la dinámica de la transferencia y de la contratransferencia ha sido la verdadera revolución realizada por Freud. Desde la elaboración del modelo clásico de la cura, la palabra del sujeto está considerada como un acto de la terapia y el soporte está representado por el vínculo entre el psicoanalista y su cliente, es decir, la transferencia (Freud, 1910). La transferencia indica, por tanto, el proceso por el cual los deseos inconscientes del paciente se actualizan en el marco de la relación psicoanalítica. Devereux (1967) ha ampliado ésta definición para aplicarla a todos los fenómenos que aparecen en situaciones clínicas y de investigaciones en ciencias humanas. La transferencia se vuelve entonces la suma de las reacciones, implícitas y explícitas, que el sujeto desarrolla con relación al clínico o al investigador.

Por el contrario, la contratransferencia del investigador es la suma de todas las reacciones, explícitas e implícitas, del clínico en relación con su paciente o con su objeto de investigación. La contratransferencia tiene, como la transferencia, una dimensión afectiva y cultural. La contratransferencia cultural concierne a la manera como el terapeuta se sitúa en relación con la alteridad del paciente, en relación con sus maneras de hacer, de pensar la enfermedad, en relación con todo lo que constituye el ser cultural del paciente. Por ejemplo, un soninké (persona originaria del Africa negra) que sufre de insomnios, cuando por fin duerme tiene sueños funestos. Consulta a un curandero soninké en París, éste le dice que había sido atacado por un espíritu, un genio, un antepasado descontento. El curandero es un sabio que sabe interpretar los sueños y ha pedido que haga un sacrificio. ¿Cuál es nuestra posición interior frente a tal relato? De ésta posición contratransferencial resultará nuestra respuesta al paciente y determinará nuestra capacidad para entrar en relación terapéutica con él.

Se trata de definir el estatuto epistemológico que damos a éste tipo de material. Tratamos primero de establecer nuestra posición interior en relación con todas esas afirmaciones y sus acciones codificadas por la cultura del paciente. La transferencia y la contratransferencia culturales recurren

también a la historia, a la política, a la geografía, etc. El paciente, como el terapeuta, tienen un origen y están incluidos en las historias colectivas que impregnan sus relaciones, del cual deben ser conscientes. Sin el análisis de ésta contratransferencia cultural, se arriesgan a actuar de forma agresiva, racista, etc. Por ejemplo, tal mujer terapeuta que no logra una interacción con tal hombre magrebí ya que ella se pone en conflicto inmediatamente: es la imagen de la mujer que está primero en juego en ésta relación, el papel de la mujer en la cultura del otro. Otro ejemplo: una muchacha magrebí logra convencer a la asistente social de su colegio para que la aloje de emergencia en un hogar, porque su padre le impide maquillarse. Cuando preguntamos a la asistente social sobre éste gesto precipitado, ella dice de buena fe: "¡Ellos comienzan así y no se sabe cuando van a detenerse; si ella es enviada en Argelia, entonces, será demasiado tarde!". Los dos mecanismos más difíciles, al mismo tiempo los más importantes, de adquirir en ésta práctica cultural son el descentramiento y el análisis de la contratransferencia.

Modificar el tiempo

La temporalidad es otro factor modificado en éste dispositivo. Las consultas duran alrededor de dos horas, tiempo necesario para que un relato se realice en primera persona, teniendo en cuenta la representación tradicional del tiempo, del reencuentro y del trayecto terapéutico. Generalmente, los seguimientos son consultas terapéuticas o terapias breves inferiores a seis meses (una vez por mes o bimensual). Raramente, en éste marco grupal, se llevan a cabo terapias a largo plazo. Sin embargo, si es necesario, pueden realizarse terapias individuales, en particular con los niños solos, de mayor duración, con uno de los co-terapeutas, después de algunas consultas en grupo, que permiten dar un marco cultural al sufrimiento de la familia y de iniciar el proceso. A veces, esas consultas están dirigidas por un miembro del equipo que acompaña, al mismo tiempo, la familia, además de las terapias de grupo.

La eficacia terapéutica - la investigación

Los estudios actuales en etnopsicoanálisis muestran una buena adaptación de ésta técnica a la clínica de los inmigrantes: se obtienen resultados terapéuticos profundos y duraderos (3). La existencia de un dispositivo terapéutico complejo que se adapta a cada situación, el descentramiento cultural que nos obliga a suspender un diagnóstico demasiado rápido según nuestras categorías diagnósticas occidentales (por ejemplo, la confusión –con el material cultural– entre el hechizo y un delirio, la no-percepción de un afecto depresivo bajo un discurso cultural centrado en la brujería, etc.) y la utilización del instrumento complementarista conduce a una multiplicidad de hipótesis etiológicas, lo que es, sin duda, un factor eficiente de éste dispositivo. En las investigaciones actuales sobre las evaluaciones de las psicoterapias se ha mostrado que la capacidad del terapeuta para modificar sus hipótesis diagnósticas es un factor clave de la eficacia, cualquiera que sea la técnica (4).

Hemos llevado a cabo diferentes estudios sobre la eficacia de la técnica etnopsicoanalítica en las terapias madres-bebé en situación transcultural (Moro, 1991; Moro, 1994; Moro, 1998), para niños de edad escolar y para los adolescentes, hijos de emigrantes (Moro, 1998; Deplaen y al., 1999). Además de los parámetros ya encontrados por los equipos anteriores, se ha comprobado la importancia de la elaboración de la alteridad cultural, de la co-construcción de un sentido con la familia, del impacto de la exploración de los niveles ontológicos, etiológicos y terapéuticos para cada situación en la calidad del relato; de la importancia del enunciado de un relato singular y contextualizado en los mecanismos de cambio; de la necesidad de trabajar con las producciones imaginarias, actualizadas en la relación terapéutica para reconstruir ésta transmisión padres-niños y del interés de trabajar el conflicto interno de los niños sometidos a un cierto grado de disociación entre filiación y afiliación. Así, ésta técnica psicoterapéutica comprende factores comunes a cada psicoterapia, como el establecimiento de un marco, la construcción de un relato, etc., y también, factores específicos ligados a la naturaleza misma de la técnica.

Los datos de ésta investigación clínica nos conducen al eclecticismo y al interior mismo de la consulta, sabiendo que la última etapa es la construcción de vínculos entre esas diferentes hipótesis y, sobre todo, la posibilidad para el paciente de construir su propio relato, apoyándose en esas representaciones múltiples. Así, éste dispositivo de cuidados, que integra la dimensión psíquica y cultural de toda disfunción humana, no es propiamente dicho un dispositivo específico. A nuestro parecer, sería más exacto decir, que se trata de un marco psicoterapéutico complejo y mestizo que permite el descentramiento de los terapeutas y de éste modo considerar la alteridad cultural de los pacientes emigrantes; pero en realidad es interesante para todos, emigrantes o no, mestizos o no. El idioma de los pacientes, las representaciones culturales, las lógicas culturales que las impregnan, son los elementos del marco terapéutico y las fuentes de creatividad, tanto para los terapeutas como para los pacientes.

¿Cuándo proponer un enfoque transcultural?

¿Cuándo podemos decir que es necesario integrar la dimensión cultural en el seguimiento psicoterapéutico? De manera esquemática, proponemos dos tipos de indicaciones: para individuos de cualquier edad o para las familias, sean pacientes que han migrado ellos mismos o para niños, incluso los nietos de inmigrantes.

Primeramente, podemos proponer tal psicoterapia a los pacientes cuya sintomatología es la consecuencia directa de la migración a corto, mediano o largo plazo; a los pacientes que presentan una sintomatología codificada culturalmente (donde se da una teoría etiológica cultural como la brujería, la posesión, etc.) o cuando el síntoma mismo está directamente codificado en su forma misma (trance, comunicación con los seres culturales, etc.); y a los pacientes que piden abiertamente esa descentralización cultural explicando la necesidad de pasar por su idioma, de ocuparse de las "cosas de su país", etc. Estas indicaciones se hacen tanto para la primera como la segunda generación con tal que uno de los parámetros citados exista. En todas esas indicaciones, el dispositivo transcultural es capaz de funcionar como un engranaje que permite establecer vínculos entre los universos de pertenencia del paciente (aquí y allá) y para los hijos de los emigrantes, entre el universo de sus padres y el del exterior.

En segundo lugar, la situación más frecuente en nuestra consulta es cuando el paciente ha recibido otro cuidado en un marco clásico. Proponemos un dispositivo transcultural a los pacientes que van de un sistema de cuidados occidental (médicos, psiquiatras, psicoterapeutas, etc.) a un sistema tradicional (consulta de curanderos en su país y aquí) sin poder hacer el vínculo entre esos lugares y sin que nadie provoque un verdadero trabajo de elaboración y de transformación de la situación. También se propone a los pacientes emigrantes que después de un seguimiento caótico de cuidados, están excluidos completamente de cualquier lugar de atención. Finalmente, a todos los pacientes que dicen ser incomprendidos, hablando de las equivocaciones o a veces de la ausencia de respeto hacia ellos. De esta manera, ellos no quieren continuar los cuidados o rechazan, para la familia o sus hijos, cualquier proyecto nuevo de atención.

Por último, como en toda técnica psicoterapéutica, el etnopsicoanálisis reconoce sus límites: generales (como toda psicoterapia) y específicos. En estos últimos, nos referimos a la no-preparación del paciente y de su familia a la elaboración de la alteridad cultural que es negada o inhibida; pacientes en ruptura con su grupo de origen o con la necesidad aun de una elaboración individual del sufrimiento psíquico. En ese caso, proponemos ante todo terapias individuales clásicas, aún sabiendo que el manejo del material cultural no puede hacerse individualmente, pero puede ser relatado y aclarar el discurso. La primera consulta debe negociar el marco y la forma del seguimiento: individual, en grupo o de otra manera. También se trata su frecuencia: todas las semanas, todos los meses, cada dos meses. La primera consulta sirve para definir todos esos elementos que pueden ser modificados en el transcurso del seguimiento.

Ni mágico, ni exótico, una práctica del vínculo para todos

Así, las representaciones culturales dan una forma inicial a las representaciones individuales y les sirven de canal semántico en la construcción del relato, en realidad, son los principios de la narración. Los alambicados deseos del ser humano y sus conflictos alimentan, en éste dominio como en otros, la extraordinaria diversidad humana. El objetivo es siempre el de introducir este tipo de representaciones culturales en nuestras herramientas de atención.

Ni mágico, ni "demoniaco", el etnopsicoanálisis como toda práctica psicoterapéutica, reconoce las indicaciones y las limitaciones que es importante especificar, lejos de las pasiones ideológicas oscurecedoras. La clínica transcultural no es una clínica reservada a los expertos o a los viajeros. Pertenece a todos aquellos que se esfuerzan por consagrarse a una formación rigurosa y múltiple.

Una pregunta importante es cómo acondicionar el marco necesario fuera del dispositivo etnopsicoanalítico para ciertos pacientes emigrantes y sus hijos. Este marco no es indispensable para todos los emigrantes, pero para algunos, la curación no podrá hacerse sin ello: se necesita evaluar la necesidad. Podemos citar ciertos de estos elementos culturales implícitos, no forzosamente compartidos, que obligan algunas veces a nuevos arreglos, incluso en un marco no específico: *la relación dual* no es seguro que sirva a un paciente que viene de una cultura no occidental donde el individuo está ubicado en constante interacción con su grupo de origen (familia, comunidad, etc.). A veces, el paciente vive ésta relación dual como violenta e intrusiva. Cuando se da tal caso, es necesario reconstituir con él las condiciones de su intimidad, las condiciones del desarrollo de su subjetividad. Es importante de incluir la noción de grupo preguntando al paciente si quiere escoger alguien que le acompañe, y el terapeuta organizará entrevistas con otro terapeuta que seguirá el paciente (lo que es fácil, por ejemplo, en una institución).

Igualmente, la técnica de la entrevista debe prepararse: las preguntas, todas las preguntas, sobre todo las preguntas directas de la intimidad, del interior de la casa, de la vida de pareja, de la vida privada, etc.; pero también, aquellas sobre los aspectos culturales imaginados como normales para los pacientes, como la poligamia, los ritos, etc. Todas ellas son interrogantes que suponemos implícitos pues de lo contrario no nos las preguntaríamos. Todas éstas preguntas son a menudo vividas como violentas, intrusivas, fuera de lugar, descabelladas; pero también descorteses, porque no respetan las reglas culturales del intercambio: orden de las generaciones, diferencias de los sexos, lugar respectivo de los niños y de los adultos, etc. Las preguntas están a menudo por demás y antes de continuar preguntando, es útil proponer sus propias representaciones de manera que el relato se haga al ritmo del paciente. Para continuar favoreciendo el relato, es importante respetar el orden cultural de la familia. Algunas veces, es difícil tener un acercamiento con la mujer, con la madre, sin haber pedido la autorización al esposo. A veces, ella quiere ser leal a su esposo y no podrá manifestarse libremente; conviene negociar ésta autorización para que pueda venir a las entrevistas, a la escuela, al consultorio, y expresarse con libertad. Estos ejemplos no deben estar considerados como una regla, como una receta o una nueva coerción para las mujeres, los hombres, las familias emigrantes y sus niños. Estos elementos básicos deben ser conocidos y entrar en la negociación del marco de todo trabajo. Hay otros puntos como la inclusión del idioma materno del paciente, el análisis de nuestra contratransferencia cultural. Todo eso es posible en cualquier marco de atención, o que puede realizarse, si estamos convencidos de su eficacia. Aquí, como en otros lugares, el pensamiento precede el acto.

Otros parámetros, corolarios del marco etnopsicoanalítico, pueden ser integrados en lugares no específicos, según la personalidad del clínico, de su facilidad con ese u otro elemento, del lugar de la actividad, etc., como la modificación de la temporalidad (consultas más largas), la formación de un pequeño grupo de co-terapeutas, la importancia de iniciar bien las terapias para construir un sentido cultural que integre las hipótesis de los pacientes, etc. Pero para introducir progresivamente todas éstas modificaciones en nuestros marcos de prevención y de atención, es necesario explorar su

pertinencia y su eficacia a partir de la experiencia de los otros y dándose uno mismo los medios de experimentarlos. Lo que importa tanto para los niños como para los padres inmigrantes, aquí y allá, es crear las condiciones para que se desarrolle su propia subjetividad. ¡Aquí está el reto clínico y humano!

Gracias al Dr. Carlos Ochoa Torres por la traducción

Notas

1. Cf. Número 5 de la revista transcultural *L'autre*, "Esos objetos que curan".
2. Para una definición detallada de esos tres niveles, cf. Moro (1994 a).
3. Para una bibliografía exhaustiva sobre éste tema, cf. Moro (1998) Edición 2000 o Moro (2002) Edición 2004.
4. Sobre éste tema cf. Moro y Lachal (1996).

Bibliografía

- DE PLAEN S, MORO M.R, PINON ROUSSEAU D, CISSE C (1988). L'enfant qui avait une mémoire de vieux... Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants, *Prisme*, 8, 3, 44 -77.
- DE PLAEN S, MORO M.R (1999). Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 24, 19-44.
- DEVEREUX G (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard.
- DEVEREUX G (1980). *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, (œuvre originale, 1967).
- DEVEREUX G (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, (œuvre originale, 1972).
- FREUD S (1970). Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique. In *La technique psychanalytique* (trad. fr.), Paris, P.U.F, (œuvre originale, 1910).
- L'autre*, n°6: « Penser, classer, soigner », La Pensée sauvage, Grenoble, 2001.
- MORO M. R (1991). La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant, *Thèse pour l'obtention du doctorat de Psychologie*, Université de Paris VIII.
- MORO M. R (1994a). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, P.U.F. (2ème édition, 2001).
- MORO M. R (1994b). Penser de nouvelles manières de faire avec les parents migrants et leurs bébés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, "Vers une ethnopsychiatrie parents-bébé", 1-2, 3-11.
- MORO M.R (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod. (2ème édition, 2000, sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*).
- MORO M R (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, La Découverte. Deuxième édition Hachette Littératures, collection Pluriel; 2004. Va ser publicado en italiano, 2004 (Franco Angeli, Milan).
- MORO M.R., DE PURY TOUMI S (1994). Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 25/26, 47-85.
- MORO M.R., NATHAN T (1989). Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In S. Lebovici, F. Weil-Halpern (Eds.), *Psychopathologie du bébé*, Paris, P.U.F, 683-722.
- NATHAN T (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Dunod.
- NATHAN T (1987). La fonction psychique du trauma, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 8, 7-9.
- NATHAN T, MORO M.R (1989). Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In S. Lebovici, P. Mazet et J.P. Visier (Eds.), *Evaluation des interactions précoces*, Paris, Eshel, 307-340.
- ROHEIM G (1972). *Origine et fonction de la culture* (trad. fr.), Paris, Gallimard. (Œuvre originale, 1943).

SINDZINGRE N (1989). La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune, *Anthropologia medica*, 5-6.

ZEMPLENI A (1985). La "maladie" et ses "causes". Introduction, *L'Ethnographie*, 81, 2, 13-44