

Una clínica transcultural de la complexitat

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXII/1

Marie Rose Moro¹
Barcelona

L'autora proposa una clínica que integri la complexitat de tota situació transcultural amb pacients immigrants de primera i segona generació, amb una llengua materna diferent de la del terapeuta. Mostra que el malentès pot ser d'origen lingüístic, però que sobretot és cultural (representacions col·lectives de les paraules utilitzades). Quines són les paraules utilitzades pels pacients i quines són les representacions que aquestes paraules contenen? Quines són les teories etiològiques que el pacient utilitza per donar sentit a allò que viu i al que sent? Per tal d'entendre's d'una manera creativa, l'autora proposa un dispositiu de cura transcultural que permeti jugar amb els malentesos en presència d'un traductor i d'un grup de coterapeutes amb formació clínica transcultural.

Paraules clau: complementarisme, descentralització, eficàcia terapèutica, llengua materna, pacients immigrants, tractament transcultural, trauma migratori

1. Psicoanalista, Professora de psiquiatria de l'infant i de l'adolescent, Universitat de Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité. Cap de servei de la Maison des adolescents de Cochin-Maison de Solenn, Inserm U669. www.marierosemoro.fr. E-mail: marie-rose.moro@cch.aphp.fr

L'analista roman en efecte fàcilment presoner de la seva formació. Els coneixements específics, en si mateixos adquirits i fortament influenciats pels afectes transferencials, suposen un risc no només de propagar un cert terrorisme teòric - que dificulta la llibertat de pensament i de qüestionament -, sinó també de perjudicar la seva pràctica. Tot allò que l'analista ha deixat d'explorar a la seva anàlisi personal està a l'arrel de la ceguesa i sordesa envers els seus futurs pacients.

(McDougall, 1978, p. 8)

La relació terapèutica, és a dir, la que el terapeuta cerca establir amb el seu pacient, és una relació complexa en la qual a penes es comencen a identificar els seus components. Durant llarg temps s'ha pensat que, per preservar l'eficàcia, calia que aquesta relació restés enigmàtica, construïda sobre una mena d'alquímia. L'obertura del camp psicoterapèutic a la recerca pluridisciplinària ha permès transformar aquesta relació clínica en un veritable objecte d'estudi, reconeixent la seva racionalitat específica. L'aportació, en efecte, de les ciències del llenguatge i en particular de la pragmàtica, de l'antropologia, de les teories de la comunicació, de la recerca en psicoteràpia... ha permès imaginar que es podrien analitzar, amb eines exteriors a l'entrevista, els processos operatius en els nostres dispositius. Aquestes perspectives són innovadores en la mesura que aprehenen l'entrevista primerament des de la perspectiva de canvi del pacient i no només en termes de definició. Als ingredients d'aquesta relació terapèutica hi trobem els implícits culturals compartits pels que s'hi dediquen. Així, pel que fa a la psicoteràpia amb els immigrants, els supòsits no són necessàriament compartits, cosa que requereix un fer més complex que permeti construir allò que normalment és el primer i l'implícit, el contingut mateix de la interacció: la cultura.

PENSAR

Un aspecte és admès per tothom: "No existeix un home sense cultura". Roheim ho va subratllar des del 1943: "*cultura* vol dir *humanitat*, perquè fins i tot les manifestacions més elementals de l'existència humana (...) poden ser considerades com els inicis de la cultura" (versió franç., p. 31). La idea d'un home en estat natural, d'un home universal existint fora de tota cultura, correspon a una hipòtesi actualment refusada.

La cultura del dedins

La filosofia defineix habitualment la cultura com un esmicolament racional per aprehendre el món. Totes les cultures defineixen categories que permeten llegir el món i donar un sentit als esdeveniments. Aquestes categories,

arbitràries en la mesura que varien d'una cultura a l'altra (realitat / no realitat, humà / no humà, l'igual / l'altre...), poden ser considerades com esquemes culturals transmesos de forma implícita. Representar-se és "tallar en el real", és escollir categories comunes per percebre el món de manera ordenada. Aquests móns compartits fonamenten la pertinença de les representacions d'un grup donat.

Així, un sistema cultural està constituït per una llengua, un sistema de relació, un cos de tècniques i maneres de fer, el vestuari, la cuina, les arts, les tècniques de cura, les tècniques de maternitat... Tots aquests elements dispersos són estructurats de manera coherent per les representacions. Aquestes representacions culturals són les interfases entre dedins i defora, elles són el resultat de l'apropiació per part dels individus de sistemes de pensament d'origen cultural i permeten l'experiència subjectiva. El subjecte incorpora aquestes representacions, i les treballa de nou a partir dels seus propis moviments, els seus conflictes interns i els seus trets de personalitat. Què passa llavors amb la cultura, des del punt de vista del subjecte mateix?

La cultura permet una codificació del conjunt de l'experiència viscuda per l'individu, permet anticipar el significat de què pot esdevenir i per tant dominar la violència de l'imprevist, i en conseqüència del que no té sentit. La cultura busca posar a disposició del subjecte una graella de lectura del món. Aquesta codificació és un procés constituït per ingredients complexos, per inferències ontològiques (la naturalesa dels éssers i de les coses), però també per inferències de causalitat que permetin donar significat a un esdeveniment classificat - Per què? Per què jo? Per què jo en aquest moment?... (Sindzingre, 1989).

A l'interior d'aquests sistemes culturals d'una extraordinària complexitat i sempre en moviment, cal identificar alguns dels elements eficients per comprendre i prendre cura del patiment psíquic en la situació transcultural.

L'enigma de la malaltia

Emmalaltir un mateix, tenir dificultats amb el fill, perdre una persona propera... és no només el signe d'un gran desordre i d'un gran patiment, sinó també un gran escàndol que s'intenta apaivagar buscant-hi un sentit, significats possibles, fins i tot si són transitoris. Totes les societats intenten pensar l'insensat segons la bella expressió de Zempléni (1985) per definir les teories etiològiques, és a dir, les teories culturals sobre les quals es recolzen per sobreviure al dolor del que no té sentit. S'evocarà la intervenció d'éssers culturals: divinitats, genis de les aigües o de la terra (possessions); processos tècnics, bruixeria, pelegrinatge, intervencions màgiques...; la transgressió de tabús o prohibicions, la intervenció dels Ancestres, el retorn dels morts...

Aquests enunciats són d'entrada processos, abans que continguts. Constitueixen un cos organitzat d'hipòtesis que no pertanyen pròpiament a

l'individu, però de les quals se n'apropia en part, en un moment de la seva vida, quan en té necessitat. Aquestes hipòtesis que el grup posa a la seva disposició són transmises sota múltiples formes: per l'experiència, pels contes, pels enunciats no parlats com els rituals, per les tècniques corporals, per les tècniques de cura... Tots són mecanismes de producció de significat, *in fine* individual i per tant molt variables d'un a l'altre i canviant en el temps. Les teories etiològiques són "formes buides", suficientment generals i implícites per ser pertinents a tots els individus d'un mateix grup cultural (*ibíd.*, p. 21).

L'èsser, el significat i el fer

En fi, tota teoria etiològica enunciada implica ipso facto una tècnica de cura particular. Aquí, si un està posseït per un esperit, cal negociar amb ell efectuant un ritual de possessió; allà, si els Ancestres han estat ofesos, és imperatiu reparar els fets per un sacrifici... La parella eficient està constituïda per la teoria etiològica associada a la tècnica terapèutica corresponent. Per tant, tota teoria etiològica conté, en ella mateixa, una forma, una paraula i un acte. S'entén llavors la funció dinàmica de les teories etiològiques: lluny de revelar la causa última del mal, "imposen" en realitat un "procediment" (Nathan & Moro, 1989). L'eficàcia està en el procediment i les seves conseqüències per al grup i l'individu, i no en el contingut de l'enunciat mateix. S'ha mostrat que han de ser particularment explorats tres nivells per co-construir un marc culturalment pertinent (Moro, 2008):

- el *nivell ontològic*, l'èsser: quina és la representació de la naturalesa de l'èsser, del seu origen, de la seva identitat, de la seva funció?... Què és un nen? De què té necessitat? Què és una mare? Un pare?
- el *nivell etiològic*, el sentit: quin sentit es dona al desordre que l'habita? Com intentar respondre a les qüestions en relació a la malaltia? Per què el meu bebè no es desenvolupa bé?
- les *lògiques terapèutiques*, el fer: quina és la lògica de l'acció de cura a posar en marxa? Com fer per re-ordenar els mons després de la confusió del desordre?... Per quines lògiques ha de passar la transformació de l'èsser per guarir?...

Així, per exemple, davant d'un *embruix* (teoria etiològica cultural que pot donar sentit a un desordre psíquic), la lògica etiològica és la del robatori de l'esdevenir d'un ésser, que està de pas (teoria ontològica) i la de la vulnerabilitat d'aquest ésser en un moment de la seva vida - vulnerabilitat a la violència que se li fa. La lògica terapèutica que correspon és la de la gestió dels conflictes (violència, agressivitat, sexualitat, gelosia...) i la de protecció de l'èsser (pels objectes, les reunions familiars...). Aquests tres nivells (l'èsser, el sentit i el fer) participen en la construcció d'un pensament per un individu en un moment de la seva història.

La cultura esdevé així un conjunt dinàmic de representacions mòbils en continua transformació, encaixant les unes amb les altres; un sistema obert i coherent amb el qual el subjecte està en constant interacció. A aquesta dimensió de pertinença cultural, s'ha d'afegir la dinàmica del fenomen migratori, les seves conseqüències potencialment traumàtiques per a l'individu i, sempre, l'aculturació secundària a aquesta migració.

El trauma migratori

El fenomen migratori és considerat aquí com un acte psíquic: pel trencament del marc extern que implica, la migració comporta, de retruc, una ruptura del marc cultural interioritzat del pacient (Nathan, 1986). La migració, en efecte, és d'entrada un fet sociològic inscrit en un context històric i polític. Les raons per les quals es migra són nombroses. De vegades, s'hi està obligat per motius polítics, d'altres per raons econòmiques. De vegades, s'escull la migració per tal de trobar una vida decent en una altra banda. De vegades encara, es migra per set de llibertat individual, d'aventura o d'exotisme. S'entén que a la vivència de la migració en ella mateixa es pot afegir la de les circumstàncies que han presidit el viatge. Els refugiats polítics, que de vegades han estat sotmesos a tortures o violències de tota mena al seu país, tenen un passat traumàtic premigratori que modificarà la forma de viure l'exili. Però, sigui volguda o escollida, tota migració és un acte de coratge que compromet la vida de l'individu i comporta modificacions en el conjunt de la vida familiar i individual. A més a més, les narracions mil vegades escoltades de migracions ens fan pensar que de vegades els motius del viatge, fins i tot escollit, són ambivalents: desig de marxar i por de deixar els seus, modalitat de resolucions de conflictes familiars i resultat d'una trajectòria de ruptura i aculturació a l'interior del propi país... La migració - d'aquí la seva importància existencial - és un acte complex que no pot ser reduït a categories d'atzar o necessitat!

Per tant, siguin quines siguin les motivacions d'aquest acte, la migració és de vegades traumàtica. El traumatisme migratori no és constant i ineluctable, però pot sobrevenir independentment de la personalitat anterior de l'emigrant. Els factors socials desfavorables (al país d'origen i a França) són factors agreujants, així com les condicions d'acollida. De vegades no s'expressarà fins més tard. Tot i que quan arribi, aquest traumatisme no provoqui necessàriament efectes patògens. De vegades és, com tot traumatisme, estructurant i portador d'una nova creativitat. La migració pot també ser portadora de potencialitats creatives. D'aquí la necessitat d'identificar els factors que permetin controlar el risc transcultural. L'hospitalitat o, al contrari, el rebuig i la discriminació o el racisme, fan encara més fràgil aquest registre en el món anomenat d'acollida.

L'exili, una trista sort

La vivència predominant dels pares difereix en funció de l'alquímia, de la brutalitat, de les necessitats que han presidit aquest viatge. Hi ha mil i una maneres de separar-se de la pròpia família i de les primeres filiacions, i d'arribar a França. El viatge els compromet durant un llarg període i ells ho saben o ho pressenten. Però sobretot, aquest acte compromet la seva descendència, aquells que naixeran en un altre lloc, que pot ser dolç, amarg, tranquil o dolorós. Així, al seu *Tractat de les passions pessimistes*, Spinoza parla de l'exili com d'una trista sort. Un home, una dona, decideixen actuar sobre el món i construir el seu destí deixant el seu país.

Com afecten aquests elements culturals i la migració a la nostra clínica i a les maneres de fer amb els emigrants en el país d'acollida?

REPENSAR EL QUE FEM

Per un fer que tingui en compte tant la clínica com l'antropologia i la psicoanàlisi, han fet falta uns mètodes que permetin pensar i fer operatives les interaccions superposades entre el nivell col·lectiu, l'intersubjectiu i l'intrapsíquic.

Complementarisme, descentralització i universalitat psíquica

És un esforç en va forçar la integració en el camp de la psicoanàlisi o en el de l'antropologia exclusivament alguns fenòmens humans. L'especificitat d'aquestes dades consisteix justament en el fet que necessiten un doble discurs obligatori, però no simultani (Devereux, 1972, p. 14). Aquesta pràctica es recolza sobre un segon principi, el de la *descentralització*. Complementarisme implica una doble lectura, almenys, de cada narració i contribueix a la descentralització. La unicitat porta a allò que és igual i per tant a un mateix, mentre que allò que és plural força a la multiplicitat de referències i per tant a prendre'n distància. És aquesta bretxa el que permet el fet de la descentralització. Complementarisme i descentralització són els components essencials de la clínica plural i per tant de la clínica de demà. Per aconseguir això, s'ha de recolzar sobre una identitat professional segura i sobre principis sense fissura, especialment el de la universalitat psíquica.

En l'aspecte teòric, en efecte, hi ha un postulat sense el qual l'etno-psiopatria no s'hauria pogut construir; és el de la *universalitat psíquica*, és a dir, la unitat fonamental del psiquisme humà (Devereux, *ibíd.*). D'aquest postulat deriva la necessitat de donar el mateix estatus ètic i també científic a tots els éssers humans, a les seves produccions culturals i psíquiques, a les seves maneres de viure i de pensar, per diferents i de vegades desconcertants que siguin... Enunciar un tal principi pot semblar una evidència, però aspectes implícits de nombroses recerques dites científiques realitzades en el passat i fins i tot avui en dia, ens recorden que aquests principis són freqüentment

oblidats. Igualment, l'exclusió de fet d'alguns pacients emigrants dels serveis de psicoteràpies ha de fer que ens qüestionem sobre aquest tema. Una altra característica humana universal, per descomptat, és el fet que tot ésser humà té una cultura i que potser és això el fonament de la seva humanitat i universalitat (Nathan, *ibid.*). Treballar sobre el que és particular sense especular sobre un universal - incognoscible d'entrada, però massa sovint inferit sense ambages del que és particular - tal és un dels enfocaments de l'etnopsicoanàlisi, essent l'universal un punt envers el qual tendeix tot coneixement en ciències humanes, sense estar mai segurs d'haver-lo trobat. Però interroguem-nos sobre com arribar-hi: complementarisme i descentralització són aquí dues posicions que ens sembla que ens poden ajudar en aquest fer.

En resum: sobre el principi del complementarisme, d'entrada s'ha construït la teoria (Devereux); després s'ha engegat la tècnica, amb múltiples variants i controvèrsies (Nathan, Moro a França, Von Overbeck a Suïssa, Pierre a Bèlgica o Rousseau a Canadà...). La tècnica, necessàriament complementarista, és sempre una construcció. No obstant això, certs paràmetres semblen establerts: la importància de la llengua materna del pacient i sobretot la possibilitat de passar d'una llengua a l'altra, la necessitat de partir de les representacions culturals del pacient, la necessitat d'un grup de terapeutes en certes situacions...

Analitzem alguns paràmetres importants del dispositiu de geometria variable que proposa seguiments individuals o amb grup de coterapeutes quan és necessari. Això és el que hem acordat anomenar el dispositiu transcultural (Moro, *ibid.*).

UN DISPOSITIU MESTÍS I COSMOPOLITA

Descriurem el dispositiu d'Avicenne, a Bobigny, zona suburbana del nord de París, consulta que vam posar en marxa per als fills d'emigrants i per als seus pares el 1985², o el més recent que hem desenvolupat a la Casa dels Adolescents de Cochin³ des del 2008. En aquesta consulta, treballa amb un equip de coterapeutes (metges i psicòlegs, però també infermeres, treballadors socials...) d'origen cultural i lingüístic múltiple, amb formació clínica - i també, per a una gran majoria, formació psicoanalítica -, iniciats en l'antropologia o en lingüística, o també en història. Cadascun dels coterapeutes desenvolupa una expertesa diferent i tots es formen en clínica transcultural. Nosaltres fem consultes tota la setmana com a terapeutes individuals i en grup de terapeutes. El fet d'ésser un mateix emigrant no és una condició ni necessària ni suficient per fer d'etnopsicoanalista. El que

2. www.clinique-transculturelle.org

3. www.maisondesolenn.fr

importa és tenir l'experiència de la descentralització i familiaritzar-se amb determinats sistemes culturals. El grup permet que les experiències dels uns i dels altres es potenciïn. És l'aprenentatge i la pràctica íntima de l'alteritat i del mestissatge el que es busca i no la de ser iguals: un pacient cabilenc no serà atès per un terapeuta cabilenc... El dispositiu proposat és per naturalesa mestís i centrat en la noció d'alteritat.

Atenem pacients de tot arreu. Alguns venen de l'Àfrica Negra, altres del Magrib, altres del sud-est d'Àsia, de les Antilles, de Turquia, de Sri Lanka, d'Europa central...

Prendre cura de manera plural

Atenem la major part dels nens i de les seves famílies en entrevistes amb un terapeuta individual, amb l'ajuda, si cal, d'un traductor i, en alguns casos ens fem ajudar per un grup de coterapeutes. Si bé aquest dispositiu de grup no és utilitzat més que en algunes ocasions, és el que anem a descriure en detall perquè és el més específic; és també el que ens ha fet experimentar noves aproximacions; és finalment el que desperta més interrogants, ja que és el més allunyat de la pràctica habitual.

Aquest dispositiu està format per un grup de terapeutes que atén el pacient i la seva família (en general, una desena de coterapeutes). En les societats tradicionals, l'individu és pensat en interacció constant amb el seu grup de pertinença. D'aquí la importància del grup en la situació de la cura. A més a més, la malaltia és considerada com un fet que concerneix no només l'individu malalt, sinó també la família i el grup. En conseqüència, és tractada en grup: sigui pel grup social, sigui per la comunitat terapèutica. El tractament col·lectiu de la malaltia permet un compromís entre l'etiologia col·lectiva i familiar del mal i l'etiologia individual.

Els cuidadors que ens han derivat la família participen en general en aquesta consulta, almenys la primera vegada, en la mesura que són portadors d'un "fragment de la història de la família". Aquesta presència activa evita que el tractament transcultural sigui una nova ruptura en el llarg i caòtic camí que, freqüentment, aquestes famílies han tingut, al llarg del seu recorregut terapèutic anterior.

A més a més d'aquestes funcions - modalitat cultural d'intercanvi i de cura, co-construcció d'un sentit cultural, suport del pacient -, el grup permet també materialitzar l'alteritat (cadascun dels terapeutes essent d'origen cultural diferent) i una transformació d'aquesta alteritat en palanca terapèutica, en el sentit de Devereux (1972); és a dir, de suport de l'elaboració psíquica. El mestissatge d'homes i dones, les teories, les maneres de fer, són un factor implícit del dispositiu.

Igualment, qualsevol que sigui el símptoma pel qual se'ns consulta, sigui quina sigui l'edat del pacient - bebè, nen, adolescent, adult -, la família està convidada a venir amb el pacient, ja que l'entorn és amb freqüència portador d'una part del sentit.

El viatge de les llengües

Per explorar els processos amb precisió, en la seva complexitat i riquesa, la llengua materna del pacient és necessàriament present a la consulta, si ell ho vol així. El pacient té la possibilitat de parlar la seva o les seves llengües maternes i, en aquest cas, un co-terapeuta que conegui la llengua o un intèrpret ho tradueixen. Cal dir que el procés que sembla eficient és la possibilitat de passar d'una llengua a l'altra i no la de referir-se a una llengua materna "fossilitzada" que resulti artificial. Aquí també el vincle entre les llengües és el que es busca.

Donada la importància de la traducció, estem fent estudis sobre les modalitats de traducció en la situació clínica. El primer, fet en col·laboració amb la lingüista S. de Pury Toumi, ha consistit a traduir de nou, fora de la situació terapèutica, el discurs del pacient per un segon traductor que revisa la casset de la consulta que ha estat enregistrada i que tradueix en condicions ben diferents de les de la situació clínica. Té molt més temps que en la situació natural, pot parar quan vol, tornar endarrere, utilitzar ajuda; però, sobretot, ell no està inclòs en la situació terapèutica, cosa que modifica totalment la seva posició (Moro & de Pury Toumi, 1994). Un cop feta aquesta re-traducció, nosaltres hem comparat les dues versions, cosa que ha posat en evidència les diferències existents entre la traducció *in vivo* i la feta *a posteriori*, però malgrat aquestes diferències, el sentit global del discurs era compartit entre la tríada pacient-traductor-terapeuta. Aquesta darrera dada contradiu, cal dir-ho alt i fort, la idea massa sovint sentida del fet que no es pot fer teràpia amb un traductor. És cert que és complex, però confortable, treballar amb un traductor: mentre ell tradueix, un pensa, somia...

Més enllà d'aquesta constatació global, l'estudi ha posat en evidència la importància de molts processos, que han modificat la nostra manera de treballar en entrevista bilingüe. Nosaltres hem preguntat al traductor de la situació clínica sobre el que ell ha aportat a aquestes diferències, i això ens ha permès comprendre millor la part del traductor en el dispositiu i els seus mecanismes d'elecció i de decisió en el moment de l'entrevista.

Així, "el coneixement cultural compartit" permet expressar-se amb sobreentesos i implícits, cosa que és fonamental quan s'aborden qüestions difícils: la sexualitat, les relacions íntimes entre dones i homes, entre pares i fills i també, a França, tot allò que és sagrat.

Es tracta d'entrada de prendre consciència del fet que treballem sobre un discurs traduït i no expressat (pacient/terapeuta/pacient) i doncs un discurs

mediatitzat per la interpretació del traductor, cosa que implica la integració del traductor en el dispositiu clínic i la seva formació per a la situació de clínica transcultural.

Finalment, aquest estudi ha posat en evidència la importància, per als terapeutes, de les associacions connectades a la tangibilitat del llenguatge expressat directament pel pacient, i això, fins i tot, si un no ho entén. Aquesta immersió lingüística ens provoca imatges i associacions connectades a l'efecte mateix de les paraules, dels ritmes, de les sonoritats... La interacció es fa amb el significat, però també amb la llengua en si mateixa i amb l'univers al qual transporta.

La traducció no és senzillament interpretació, sinó que participa en el procés interactiu de la psicoteràpia en la situació transcultural.

El terapeuta també és un ésser cultural: la contratransferència cultural

Dintre d'un tal dispositiu, cal instaurar, a més a més de mecanismes d'anàlisi de la transferència i de la contratransferència "afectiva", una modalitat específica d'anàlisi de la contratransferència lligada a la dimensió cultural. Això és una altra raó per la qual aquest tipus de consultació es fa en grup, perquè és el mitjà més eficaç per analitzar aquesta *contratransferència cultural* (Moro & Nathan, 1989). Concretament, al final de cada entrevista el grup fa l'esforç d'explicitar la contratransferència de cadascun dels terapeutes, mitjançant una discussió dels afectes experimentats per cadascú, els implícits, les teories..., que els han conduït a pensar en tal cosa (inferències), a fer tal intervenció.

Sabem que l'autèntica revolució freudiana va ser fer operativa la dinàmica de la transferència i la contratransferència. Des de l'elaboració del model clàssic de la cura, la paraula del subjecte es planteja com el fer de la teràpia, essent la transferència el que dóna suport al vincle entre el psicoanalista i el seu client (Freud, 1910). La transferència designa, doncs, el procés pel qual els desitjos inconscients del pacient s'actualitzen, en el marc de la relació psicoanalítica. Devereux (1967) va ampliar aquesta definició per aplicar-la al conjunt de fenòmens que sobrevenen a la situació clínica i de recerca en ciències humanes. La transferència esdevé llavors la suma de reaccions implícites i explícites que el subjecte desenvolupa en relació al clínic o a l'investigador.

A la inversa, la contratransferència de l'investigador és la suma de totes les reaccions del clínic, explícites i implícites, en relació al seu pacient o al seu objecte de recerca. En la contratransferència hi ha, com en la transferència, una dimensió afectiva i cultural. La contratransferència cultural concerneix la manera com el terapeuta es posiciona en relació a l'alteritat del pacient, en relació a les seves maneres de fer, de pensar la malaltia; en relació a tot el que fa l'ésser cultural del pacient... Un soninké té insomni; quan per

fi s'adorm, fa somnis funests. Ha consultat un sanador soninké de París, que li ha dit que ha estat atacat per un esperit, un geni, un ancestre descontent. El sanador, el savi, aquest que sap interpretar el somni, ha demanat llavors que es faci un sacrifici. Quina és la meua posició interior respecte a tal relat? D'aquesta posició contratransferencial resultarà la meua resposta al pacient. Aquesta condicionarà la meua capacitat d'entrar en relació terapèutica amb el pacient. Es tracta doncs de definir l'estatus epistemològic que atribueixo a aquest tipus de material. Es tracta, abans de tot, de la meua postura interior en relació a tots aquests dits i fets codificats per la cultura del pacient. La transferència i la contratransferència cultural demanen préstecs també a la història, a la política, a la geografia... El pacient, com el terapeuta, pertanyen i estan inscrits en històries col·lectives que impregnen les seves reaccions, de les quals han de ser conscients. Sense anàlisi d'aquesta contratransferència cultural, un s'arrisca a fer actuacions agressives, emocionals, racistes... Així, una terapeuta dona que no arriba a entrar en interacció amb un home magrebí, amb el qual entra en conflicte immediatament - en aquesta relació, el que està en joc d'entrada és la imatge de la dona i el seu lloc a la cultura - o també una noia jove magrebina que arriba a convèncer la treballadora social del seu institut de la necessitat urgent d'un lloc en residència d'acollida perquè el seu pare no deixa que es maquilli. I la treballadora social, quan se li pregunta sobre aquesta precipitació, dirà amb tota la bona fe: "Comencen així i no se sap fins on arriben. Si la retornen a Algèria, llavors ja serà massa tard!". Descentralització i anàlisi de la contratransferència cultural són sens dubte els dos mecanismes més difícils d'adquirir en aquesta pràctica cultural, però són també els més valuosos.

Modificar el temps

Un altre factor que està modificat en aquest dispositiu és la temporalitat: les consultes duren al voltant de dues hores, temps que sembla necessari perquè un relat es desplegui en primera persona, donada la representació tradicional del temps, de la trobada i del recorregut terapèutic.

En general, els seguiments es fan com a consultes terapèutiques o teràpies breus inferiors a sis mesos, amb una freqüència d'una sessió al mes o cada dos mesos. Només excepcionalment es fan teràpies llargues amb l'enquadrament de grup de terapeutes. Però teràpies més llargues poden tenir lloc amb un terapeuta individual i amb un dels coterapeutes, si és necessari. Això pot tenir lloc després d'haver fet algunes consultes en grup de terapeutes, el que ha permès donar un marc cultural al patiment de la família i iniciar el procés. De vegades, són portades per un membre de l'equip - el qual acompanya la família - al mateix temps que les teràpies en grup.

L'eficàcia terapèutica - la recerca

Els treballs actuals en etnopsiquiatria mostren una bona adaptació d'aquesta tècnica en la clínica dels emigrants: obté resultats terapèutics profunds i

durables⁴. L'existència d'un dispositiu terapèutic complex que s'adapta a cada situació, la descentralització cultural que ens obliga a suspendre un diagnòstic, sovint prematur quan es fa a partir de les categories diagnòstiques occidentals - confondre material cultural com, per exemple, un malefici, amb un deliri, o no percebre un afecte melancòlic sota un discurs centrat en la bruixeria... - i la utilització del complementarisme com a eina, condueixen a una multiplicitat d'hipòtesis etiològiques, que sens dubte són un factor eficient del dispositiu. S'ha demostrat, en efecte, en treballs actuals sobre avaluació de psicoteràpies, que la capacitat del terapeuta de modificar les seves hipòtesis diagnòstiques és un factor general d'eficàcia, sigui quina sigui la tècnica⁵.

Nosaltres hem fet pel nostre cantó diversos estudis sobre l'eficàcia de la tècnica etnopsicoanalítica per a les teràpies mares-bebès en situació transcultural (Moro, 1994, 1998, 2008), per als nens en edat escolar i adolescents, fills d'emigrants (Moro, 1998; Deplaen, Moro *et al.*, 1998). Fora dels paràmetres trobats per equips anteriors, hem posat en evidència la importància de l'elaboració de l'alteritat cultural, de la co-construcció d'un sentit amb la família, l'impacte de l'exploració dels nivells ontològics, etiològics i terapèutics per cada situació sobre la qualitat del relat, la importància de l'enunciat d'un relat singular i contextualitzat en els mecanismes de canvi, la necessitat de treballar sobre produccions imaginàries actualitzades en la relació terapèutica per reconstruir aquesta transmissió pares-fills i l'interès de treballar sobre la conflictiva interna dels fills sotmesos a un cert grau de dissociació entre filiació i afiliació... Així, aquesta tècnica psicoteràpica comporta factors comuns en tota psicoteràpia, com l'enquadrament de treball, la construcció d'una narrativa... i també, factors específics lligats a la naturalesa mateixa de la tècnica.

Les dades d'aquesta recerca clínica ens condueixen a l'eclecticisme en el si mateix de la consulta, sabent que l'última etapa serà la construcció de lligams entre aquestes hipòtesis de significat i sobretot la possibilitat per al pacient de construir el seu propi relat, recolzant-se en aquestes representacions plurals. Així, el dispositiu de la cura que integra la dimensió psíquica i cultural de tota disfunció humana no és, parlant amb propietat, un dispositiu específic des del meu punt de vista. Seria més exacte dir que es tracta d'un marc psicoterapèutic complex i mestís, que permet la descentralització dels terapeutes i al mateix temps té en compte l'alteritat cultural dels pacients emigrants, però interessant per a tots, emigrants o no, mestissos o no.

4. Per a una bibliografia exhaustiva sobre aquest tema, cf. Moro (1998, edició 2000).

5. Sobre aquest tema, cf. Moro & Lachal, 1996.

Lluny de ser un obstacle, la llengua dels pacients, les seves representacions culturals, les lògiques culturals que les impregnen, esdevenen elements de l'enquadrament terapèutic i font de creativitat, tant per als terapeutes com per als pacients.

Quan proposar un tractament transcultural?

Quan podem pensar que un tractament psicoterapèutic integrant la dimensió cultural és necessari? Esquemàticament proposem dos tipus d'indicacions, sense importar l'edat dels individus o de les famílies, que siguin pacients que hagin migrat ells mateixos, o bé que siguin fills o néts dels emigrants.

En primer lloc, es pot proposar aquesta mena de psicoteràpia als pacients amb una simptomatologia que apareix com a conseqüència directa de la migració a curt, mitjà o llarg termini; als pacients que presenten una simptomatologia codificada culturalment - destacant una teoria etiològica cultural com la bruixeria, ser posseït... O quan el símptoma mateix està directament codificat tal com es presenta: entrar en trànsit, comunicació amb éssers del seu imaginari cultural...; als pacients, finalment, que demanen explícitament descentralització cultural: que evoquen la necessitat de retornar a la seva llengua, que es volen ocupar de les "coses del país"... Aquestes indicacions concerneixen tant les primeres com les segones generacions, en la mesura que un dels paràmetres citats existeixi. En totes les indicacions, el dispositiu transcultural és susceptible de funcionar com un autèntic aparell de fer lligams entre l'univers de pertinença del pacient (aquí i allà) i, per als fills dels emigrants, entre l'univers dels pares i el de l'exterior.

En segon lloc, el cas més freqüent a la nostra consulta es dona quan el pacient ja s'ha beneficiat d'un altre tractament en un enquadrament clàssic. Es proposa un dispositiu transcultural als pacients que erren d'un sistema occidental de cura (metges, psiquiatres, psicoterapeutes...) a un sistema tradicional (consulta de sanadors al país o aquí), sense poder fer lligams entre l'un i l'altre i sense que en cap dels dos sistemes es posi en marxa un autèntic treball d'elaboració i de transformació de la situació. Es proposarà també als pacients emigrants erràtics que, després d'un recorregut terapèutic caòtic, són exclosos de tots els centres d'atenció. En fi, a tots aquells pacients que diuen no ser compresos, que parlen de malentesos o de vegades de manca de respecte envers les seves persones. Són pacients que interrompen el tractament o que rebutgen, per a la família o el fill, tot nou projecte d'atenció.

Finalment, com a tota tècnica terapèutica, l'etnopsicoanàlisi reconeix els seus límits. Els generals, que són els de tota teràpia específica: quan el pacient i la seva família no estan preparats en l'elaboració de l'alteritat cultural perquè és denegada o reprimida; els pacients que trenquen amb els seus grups de pertinença o, fins i tot, que necessiten una elaboració individual del patiment psíquic. En aquest cas, nosaltres proposem més aviat teràpies individuals clàssiques, sabent que en entrevistes amb un terapeuta individual

no es podrà manegar el material cultural; simplement, es podrà explicar i clarificar el relat. A la primera consulta s'ha de negociar l'enquadrament i la forma de seguiment - teràpia amb un terapeuta individual, en grup de terapeutes -, i la manera de fer. La primera consulta serveix per definir tots aquests elements que no són evidents i que s'aniran modificant en el curs del seguiment.

Ni màgica, ni exòtica, una pràctica del vincle per a tots

Així, les representacions culturals donen una forma prèvia a les representacions individuals i els serveixen de canal semàntic per a la construcció del relat; són autèntics principis de narrativa. Els meandres del desig de l'ésser humà i els seus conflictes alimenten, en aquest domini com en d'altres, l'extraordinària diversitat de l'ésser humà. Tanmateix, queda el repte d'introduir aquest tipus de representacions culturals entre les nostres eines de cura.

Ni màgica, ni "demoníaca", l'etnopsicoanàlisi - com tota tècnica terapèutica - reconeix les indicacions i els límits que cal precisar, lluny de les passions ideològiques obscurantistes. La clínica transcultural no és una clínica reservada als experts o als viatgers. Pertany a tots els que es prenen la feina de fer una formació rigorosa i múltiple.

Les condicions de la subjectivitat

Sorgeix aleshores una qüestió important, la de l'organització de l'enquadrament necessari, fins i tot fora del dispositiu etnopsicoanalític, per a alguns pacients emigrants i els seus fills: aquest enquadrament no és indispensable per a tots els emigrants, però per a alguns la curació no podrà tenir lloc sense això; cal doncs avaluar-ne la necessitat. Es poden citar alguns dels implícits culturals que no són forçosament compartits i que obliguen de vegades a reorganitzacions, fins i tot en un enquadrament inespecífic: *la relació dual* no és evident per a un pacient que ve d'una altra cultura no occidental, on l'individu és pensat en interacció constant amb els seus grups de pertinença (família, comunitat...). Aquesta relació dual és, de vegades, viscuda pel pacient com a violenta i intrusiva. Quan és aquest el cas, cal reconstituir amb ell les condicions de la seva intimitat, les condicions del desplegament de la seva subjectivitat. És important llavors introduir la noció de grup, demanant al pacient que vingui amb algú de la seva elecció, i posar en marxa les entrevistes amb una altra persona que s'ocupa del seguiment del pacient (cosa que, per exemple, és fàcil quan es treballa en una institució).

Tanmateix, la tècnica de l'entrevista ha de ser pensada: les *preguntes* - totes les preguntes -, però sobretot les preguntes directes sobre la intimitat, sobre l'interior de la casa, sobre la vida en parella, sobre qüestions privades..., però també qüestions sobre aspectes culturals pensats com a evidents pels pacients, com la poligàmia, els rituals..., totes aquestes preguntes que formem i que pressuposen els implícits que tenim, ja que si no, no les hi

faríem. Totes aquestes qüestions són sovint viscudes com a violentes, intrusives, desplaçades, ridícules, però també de vegades com una manca d'educació ja que no respecten les regles culturals de l'intercanvi: ordre generacional, diferència de sexes, lloc respecte dels nens i dels adults... Els problemes són sovint excessius, i en lloc de fer preguntes és més útil proposar les pròpies representacions per permetre que un relat es desplegui al ritme del pacient. Tanmateix, sempre per afavorir el relat, és important respectar l'ordre cultural de la família: de vegades pot ser difícil tenir accés a la dona, a la mare, sense haver demanat prèviament l'autorització del marit - volent de vegades ser lleial al seu marit, ella pot no expressar-se lliurement; convé llavors negociar aquesta autorització perquè ella pugui acudir a les entrevistes, a l'escola, al dispensari, i expressar-se al seu aire. Aquests exemples no han de ser erigits com a regles o receptes, com una nova cotilla per a les dones, els homes, les famílies emigrants i els seus fills. Aquests elements de base han de ser coneguts i entrar en la negociació de l'enquadrament de tot treball. Hi ha, és clar, altres aspectes tals com la introducció de la llengua materna del pacient, o l'anàlisi de la nostra contratransferència cultural. Tot això és possible en tot enquadrament de cura, o ho pot esdevenir, des del moment que nosaltres estem convençuts de la seva eficàcia. Aquí com allí, el pensament precedeix l'acte.

Experimentar la diferència

Altres paràmetres nascuts de l'enquadrament etnopsicoanalític poden ser integrats en llocs no específics en funció de la personalitat del clínic, de la seva facilitat amb tal o tal element, del lloc on exercita..., com la modificació de la temporalitat - consultes més llargues -, la constitució d'un petit grup de coterapeutes, la importància en les teràpies de començar per construir un sentit cultural que integri les hipòtesis dels pacients... Però per introduir progressivament totes les modificacions en els nostres marcs de prevenció i de cura, cal explorar la seva pertinença i la seva formidable eficàcia a partir de l'experiència dels altres o donant-se un mateix els mitjans d'experimentar-les.

RESUMEN

La autora propone integrar en la práctica clínica la complejidad de toda situación transcultural con pacientes inmigrantes de primera y segunda generación, que tienen una lengua materna diferente a la del terapeuta. Muestra que el malentendido puede ser de origen lingüístico, pero que sobre todo es cultural (representaciones colectivas de las palabras utilizadas). ¿Cuáles son las palabras utilizadas por los pacientes y cuáles son las representaciones que estas palabras contienen? ¿Cuáles son las teorías etiológicas que el paciente utiliza para dar sentido a aquello que vive y a lo que siente? Con el fin de entenderse de una forma creativa, la autora propone un dispositivo de cura transcultural que permita jugar con los malentendidos

en presencia de un traductor y de un grupo de co-terapeutas con formación clínica transcultural.

SUMMARY

The author proposes integrating into clinical practice the complexity inherent in all transcultural situations with first and second-generation immigrant patients whose native language is different from the therapist's. She shows how misunderstandings can be of linguistic origin, but above all cultural (due to collective representations of the words used). What words do patients use, and what are the representations these words contain? What are the etiological theories patients go by to give meaning to what they experience and feel? In order to be able to understand creatively the author proposes a means by which transcultural assistance can be given that allows for misunderstandings to be played with in the presence of a translator and a group of co-therapists with transcultural clinical training.

BIBLIOGRAFIA

- DEPLAEN, S. & MORO, M.R. (1999). Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 24, pp. 19-44
- DEPLAEN, S., MORO, M.R., PINON-ROUSSEAU, D. & CISSE, C. (1998). L'enfant qui avait une mémoire de vieux... Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants. *Prisme*, 8, n. 3, pp. 44-77
- DEVEREUX G. (1967). *De l'angoisse à la méthode*. Paris, Flammarion, 1980
- (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard
- (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, Flammarion, 1985
- FREUD, S. (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *G.W.*, 8, pp. 104-115. Trad. angl., The future prospects of psycho-analytic therapy. *S.E.*, 11. Trad. franç., Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1970
- McDOUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, Gallimard
- MORO, M.R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, PUF
- (1998). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Dunod (3a edició, 2004)
- (2008). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris, O. Jacob
- (2010). *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris, O. Jacob
- MORO, M.R. & MESTRE, C. (2013). *Je vous écris de... Correspondance entre Marie Rose Moro et Claire Mestre*. Grenoble, Pensée sauvage Editeur
- MORO, M.R. & PURY TOUMI (De), S. (1994). Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 25-26, pp. 47-85
- MORO, M.R. & LACHAL, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris, Nathan

- MORO, M.R. & NATHAN, T. (1989). Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In (S. Lebovici et F. Weil-Halpern, eds) *Psychopathologie du bébé*. Paris, PUF, pp. 683-722
- NATHAN, T. (1986). *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Bordas
- (1987). La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 8, pp. 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, Eschel, pp. 307-340
- ROHEIM, G. (1943). *The Origin and Function of Culture*. New York, Doubleday & Co., Inc. Trad. franç., *Origine et fonction de la culture*. Paris, Gallimard, 1972
- SINDZINGRE, N. (1989). La notion de transfert de représentations: l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia medica*, pp. 5-6
- ZEMPLINI, A. (1985). La «maladie» et ses «causes». Introduction. *L'Ethnographie*, LXXXI, 2, pp. 13-44

Traduït del francès per Pilar Tardío

