



(con)textos. Revista d'antropologia i investigació social
Número 3. Juny de 2009. Pàgines 84-98. ISSN: 2013-0864. <http://www.con-textos.net>
©2009, sobre l'article, Stefano Portelli
©2009, sobre l'edició, Departament d'Antropologia Cultural
i Història d'Amèrica i Àfrica de la Universitat de Barcelona
Questo testo e la sua edizione sono sottoposte a una licenza
Creative Commons Attribution No Commercial No Derivates 2.5 España
Si può consultare una copia della licenza a:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>

Antropología aplicada a la intervención psicoterapéutica: la experiencia del Centre Georges Dévereux

Stefano Portelli. *Grup de Treball de Perifèries Urbanes, Institut Català d'Antropologia.*
stafe@inventati.org

RESUMEN: Se describen aquí algunos de los puntos de partida teóricos y de los dispositivos prácticos a través de los cuales se desarrolla la actividad del *Centre Georges Dévereux*, fundado en París por el psiquiatra Tobie Nathan y orientado a la cura de pacientes migrantes. La necesidad de evitar las simplificaciones en la traducción entre culturas llevó a Nathan y al grupo de profesionales del Centro a elaborar una teoría crítica de la modernidad y del paradigma psiquiátrico actual, a partir de las enseñanzas del antropología contemporánea y de la necesidad de ayudar a la disciplina psicoanalítica a enfrentar los retos de la época presente. Para la antropología, la etnopsiquiatría representa una posibilidad concreta de contribuir a la construcción de un conocimiento práctico.

PALABRAS CLAVE: etnopsiquiatría, psicoanálisis, inmigración, psiquiatría transcultural, etnoterapias

ABSTRACT: This article describes some of the theoretical premises and practical devices developed at *Centre Georges Dévereux*, founded in Paris by psychiatrist Tobie Nathan and devoted to the treatment of immigrant patients. Moved by the need to avoid simplifications in translations between cultures, Nathan and the equip of the Centre developed a critical theory of modernity and of the current psychiatric paradigm, based on the teachings of contemporary anthropology and on the urge to help psychanalytic discipline to deal with the defies of present times. For anthropology, ethnopsychiatry represents a possibility to contribute in the building up of a practical knowledge.

KEY WORDS: ethnopsychiatry, psychoanalysis, immigration, transcultural psychiatry, ethnotherapies

ABSTRACT: Si descrivono qui alcuni dei presupposti teorici e dei dispositivi pratici attraverso i quali si sviluppa l'attività del *Centre Georges Dévereux*, fondato a Parigi dallo psichiatra Tobie Nathan e orientato alla *prise en charge* di pazienti migranti. La necessità di evitare le semplificazioni nella traduzione tra le culture ha portato Nathan e il gruppo di professionisti del Centro, a elaborare una teoria critica della modernità e del paradigma psichiatrico corrente, a partire dagli insegnamenti dell'antropologia contemporanea e dalla necessità di aiutare la disciplina psicanalitica ad affrontare le sfide della contemporaneità. Per l'antropologia, l'etnopsichiatria rappresenta una possibilità concreta di contribuire alla costruzione di un sapere pratico.

PAROLE CHIAVE: etnopsichiatria, psicoanalisi, immigrazione, psichiatria transculturale, etnoterapie

RESUM: Es descriuen aquí alguns dels punts de partida teòrics i dels dispositius pràctics a través dels quals es desenvolupa la activitat del *Centre Georges Dévereux*, fundat a París pel psiquiatra Tobie Nathan i orientat a la cura de pacients migrants. La necessitat d'evitar les simplificacions dins de la traducció entre cultures va portar Nathan i el grup de professionals del Centre a elaborar una teoria crítica de la modernitat i del paradigma psiquiàtric actual, a partir dels ensenyaments de l'antropologia contemporània i de la necessitat d'ajudar a la disciplina psicoanalítica a enfrontar-se amb els reptes de la època present. Per a la antropologia, la etnopsiquiatría representa una possibilitat concreta de contribuir a la construcció d'un coneixement pràctic.

PARAULES CLAU: etnopsiquiatría, psicoanálisis, inmigració, psiquiatría transcultural, etnoteràpias

1. Un abridor de caminos

Los márgenes, los territorios fronterizos, son lugares difíciles de controlar y peligrosos para las instituciones. Sin embargo son lugares propicios para la antropología: que justo entre los matices, en las intersecciones de los mundos, despliega sus potencialidades más altas. Georges Dévereux, gran antropólogo, pero como ninguno situado en los márgenes, es probablemente por esta razón que es raramente nombrado entre los padres fundadores de la disciplina. Nacido como György Dobó en Lugoş, en el sur de Transilvania, región que durante un siglo cambió tres veces de estado, Dévereux tuvo una identidad móvil, continuamente reformulada según los momentos históricos. "Húngaro de nacimiento, fue rumano después de 1918 (Lugoş volvió a Rumania después del tratado de Trianon), francés por opción, estadounidense en el pasaporte, mohave de corazón. Judío de nacimiento, más tarde tuvo que negar su hebraísmo. Después de la muerte fue cremado por demanda propia, y sus cenizas reposan entre los Mohave, pueblo con el cual se identificó y que, con los antiguos Griegos, fueron los únicos que merecieron su admiración" (Bloch, 2000). Dévereux "hizo del exilio su propio país", escondiendo su identidad detrás de un nombre inventado. Como estudioso, durante toda su vida intentó abrir un pasaje entre los dos mundos cerrados a los cuales sentía pertenecer: la antropología y la psiquiatría. Enfrentándose con las barreras y las jerarquías de las dos disciplinas, siguió las huellas de Géza Roheim, explorando los límites y las conexiones posibles entre Durkheim y Freud: mantuvo siempre una posición teórica freudiana pura, incluso en el trabajo de campo con los Sedang-Moi de Vietnam y con los indios Mohave de las llanuras; con toda la universalidad de la envidia del pene y las teorías etnocéntricas de *Totem y Tabú*.

En la interpretación de Tobie Nathan, etnopsiquiatra y alumno de Dévereux del cual aquí presentaremos la obra, el freudismo ortodoxo para Dévereux era sobre todo un *lenguaje*: a través del cual hacer llegar las etnoteorías de los Mohave y de los Sedang-Moi a oídos de la élite psicoanalítica de su tiempo. El relativismo implícito de su discurso invalida todos los presupuestos universalizadores del freudismo: como un disfraz, le permitió abrir el horizonte del psicoanálisis a la entrada de las terapias "otras" y de la diversidad radical: una operación parecida a la que había hecho con su identidad, escondida y proclamada al mismo tiempo¹. Este "pasaje de frontera" podía cumplirse sólo sin rupturas explícitas, casi de escondidas, con la levedad y discreción con que los migrantes cruzan las barreras por la noche, para entrar en una *terra incognita* pasando inadvertidos.

2. Un lugar especial

Hoy, casi cuarenta años después de la publicación de los *Essais d'ethnopsychiatrie générale* de Dévereux (1970), la antropología y la psiquiatría parecen más lejos que nunca de una apertura de fronteras. En el curso de las décadas la relación entre ellas vió cómo se alternaban momentos diferentes: momentos de puro determinismo biológico, en que los factores culturales pasaban en segundo plano, y las primeras causas de las enfermedades psíquicas se buscaban en los equilibrios químicos, en las interacciones neuronales, en el aumento o disminución de la recepción de un neurotransmisor; y momentos de revancha de lo social, de la economía, de la antropología: épocas en que los psiquiatras se mostraban interesados a los estados psíquicos "etno" ya clásicos, como el *amok* del pacífico o los *nervios* latinoamericanos, y a la eficacia de las terapias tradicionales empleadas localmente para tratarlos. En la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la biblia de la psiquiatría contemporánea americana,

¹ Es interesante la teoría de Nathan según la cual el apellido inventado Dévereux en realidad significaría "D. hebreu" (Dobo era el apellido real de Dévereux). La identidad real se escondería en el lugar más visible. Estamos en la época de *La carta robada* de Edgar Allan Poe! Esta teoría naturalmente recibió una infinidad de críticas.

a las variantes culturales se dedica una referencia importante en la introducción, y en el apéndice se encuentra un compendio de *culture-bound syndromes*: los desórdenes psíquicos vinculados (*bound* de *to bind*, ligar) a la cultura, o sea a los contextos de origen de las personas en qué se manifiestan. Esto significa que - después de medio siglo de antropología médica - estos "otros" desórdenes culturales han entrado oficialmente en el campo de lo posible en el mundo "psi" (Mezzich, 1999).

A pesar de este significativo (debido a su simbolismo) paso adelante, el mundo "psi" continúa siendo sorprendentemente impermeable a la antropología. Sorprendentemente también porque las dos disciplinas, que hoy parecen tan lejanas y en conflicto, en realidad nacen de las mismas raíces. *Totem y tabú* no hubiera existido sin *La rama dorada*, y la antropología contemporánea quizás no se hubiera desarrollado sin los debates sobre las interpretaciones de Freud (Wallace, 1983). Sorprendentemente también porque, hasta hace pocas décadas, la psiquiatría se situaba sin muchos complejos de inferioridad entre las ciencias blandas, basadas en el lenguaje y la interacción humana, al lado de la filosofía, de la sociología y de la antropología. Es reciente el salto hacia las ciencias duras: un salto de calidad, que fue posible gracias al matrimonio forzoso - y también reciente - con la neurofarmacología (Pignarre, 2001). Así las disciplinas "psi" pueden mirar la antropología de arriba abajo, como quien consiguió un estatus de ciencia a la cual la otra tuvo que resignarse a renunciar, y más después del huracán del relativismo. El compendio de *culture-bound syndromes* anexo al DSM, tal como los muchos artículos de ámbito "psi" que estudian sus transcurso y terapias, delatan un claro desequilibrio de fuerzas: la parte del león la hacen los fármacos, y la de la oveja perdida el recuerdo de una antigua alianza, que hoy es poco más que una curiosidad para llenar los anexos². En este panorama, los antropólogos y las antropólogas están cada vez más forzados hacia el papel de los "ruiseñores del emperador", según la afortunada expresión de Antonino Colajanni (1998): los ruiseñores cantan al monarca desde dentro de su jaula, intentando influir sobre sus decisiones.

Expongo aquí la revolución que representa, en particular para la antropología, la irrupción de una manera de hacer terapia que tiene ya dos décadas de vida, pero continúa teniendo relativamente poco peso, tanto a nivel europeo como mundial. Se trata de la etnopsiquiatría, como se practica desde el 1988 en el *Centre universitaire d'aide psychologique Georges Dévereux* a la universidad de París VIII, en la *banlieue* de Sant Denis. El sitio ya en sí es especial. La universidad surge en el medio de un barrio "sensible" (como se llaman en Francia los barrios-dormitorio de los migrantes, susceptibles de imprevistas explosiones de violencia colectiva); pero, a diferencia de tantas universidades del mundo, estratégicamente situadas en zonas para recalificar urbanísticamente (desde Columbia University al principio de Harlem en Nueva York, a la Universidad de Barcelona en el barrio del Raval), París VIII parece que haya sido absorbida por el barrio más que utilizada para la *gentrification*. No es insólito ver, en la entrada o en el comedor, grupos de mujeres veladas, o negros de aspecto *rapper*, que a menudo no son estudiantes, sino que usan la universidad como lugar de encuentro. París VIII nació en el mayo del 68, y fue situada allí justo con la idea de integrar la academia en la realidad de los barrios proletarios. Naturalmente hoy, en línea con los tiempos, está otra vez en manos de un profesorado homologado y jerárquico, pero mantiene el prestigio revolucionario y cierta tendencia de autogestión. Entre los pocos docentes que aún siguen la línea política originaria de la universidad, está el psiquiatra Tobie Nathan, alumno de Dévereux y fundador del centro que lleva su nombre.

En el centro se atienden pacientes derivados de la sanidad pública, a menudo habitantes de las *banlieues* alrededor: Saint Denis, Aubervilliers, Bobigny. Por lo general son inmigrantes, muchos de los cuales menores a cargo de los servicios sociales, o derivados de la fiscalía de menores. Magrebíes, centroafricanos, sudamericanos, antillanos, indios; se les recibe en la sede del centro, dentro la Universidad misma, o en una sede separada en el centro de París. Normalmente la terapia prevee pocas sesiones: tres o cuatro, con una distancia de algunos meses la una de la otra. Más que a un tratamiento, los pacientes son invitados a unos encuentros que podríamos definir casi de supervisión, sobre el recorrido que ya están siguiendo. Los recibe un "círculo

² Un ejemplo: los estudios sobre el impacto de una u otra síndrome en diferentes grupos de población o étnias. La diferencia la marcan diferentes *comportamientos*, casi nunca diferentes *concepciones* o visiones del mundo. Así se aplasta la cultura sobre las *conductas* de las Terapias Cognitivo Comportamentales (TCC). Así en Rosenbaum, J. (2004) "A patient's ethnic and/or racial background can affect his/her likelihood of developing depression, through both cultural and genetic factors. This may affect the presentation of depressive symptoms and, ultimately, affect the patient's response to treatment. By keeping in mind the growing body of knowledge about factors affecting prevalence and treatment of depression in various subpopulations, clinicians can better serve the specific populations they treat".

terapéutico", formado por especialistas de diferentes procedencias.

El terapeuta principal, que al principio era el mismo Tobie Nathan, gestiona y modera la sesión, pero está acompañado por otras figuras. En primer lugar hay un mediador cultural, que conozca el idioma o el dialecto del paciente y su universo cultural de referencia. Luego, si es posible, está la familia del paciente: en una sesión a la cual asistí, tres hijos pequeños jugaban en medio del círculo terapéutico. Después hay algún representante de la *segunda familia* de la persona con quien se trabaja, que, en tanto que paciente, ya ha recorrido su *iter* terapéutico: un psicólogo o psiquiatra, o un asistente social, o un educador o educadora, o en todo caso algún profesional de la *prise en charge* que ya conoce y tiene su idea formada sobre el paciente. Completan el círculo otros especialistas: *stagiers* de psicología, antropólogos, filósofos, y a menudo también algunos terapeutas "expertos de otras tradiciones culturales", que representan un poco el corazón de la práctica etnopsiquiátrica. Hay muchos de ellos entre los colaboradores principales del centro: Lucien Hounkpaktin, que es un *babalao*³ yoruba, o Geneviève N'Koussi, experta del sistema *Ndoki* de la brujería congolés. Esta insólita asamblea de especialistas, expertos, estudiosos, en vez de asustar quién tiene que contar su historia, acaba facilitando las narraciones y estimulando la reflexión. La dinámica que se genera en el círculo terapéutico, animada por el terapeuta principal, fue definida por Tobie Nathan *multiplicación de los puntos de vista*, y es el exacto contrario de la estructura dialógica "confesional" de la psicoterapia clásica (Nathan, 1993)⁴.

En este lugar especial, durante el año académico 2007-2008, seguí un curso de formación teórico-práctico bajo el título de *Ethnopsychiatrie des nouveaux désordres psychosociaux*. Cada año el Dévereux organiza un curso de "formación permanente" dirigido a educadores, psicólogos, asistentes sociales, profesionales que se enfrentan con las dificultades de los conflictos entre culturas, y que no han encontrado respuestas adecuadas en ninguna propuesta de mediación cultural "estándar". Los asistentes son sobre todo franceses, pero no es extraño encontrar gente que cruza Europa para participar a la formación. En Italia, por ejemplo, la etnopsiquiatría del Dévereux es bastante conocida, a partir de las intervenciones de Nathan en algunos debates públicos en el año 1995. Luego, algunos etnopsiquiatras italianos (Salvatore Inglese, Piero Coppo, Roberto Beneduce) empezaron a promover las traducciones de sus libros (Coppo, 2000)⁵, y en 1996 se fundó en Turín el *Centro Frantz Fanon*, que de alguna manera retoma, aunque bajo otra forma, las enseñanzas del Centre Dévereux. En esa época, en qué yo era estudiante de antropología cultural en la Universidad de Roma, me acerqué a los textos de Nathan gracias a los seminarios del prof. Ivo Quaranta (que luego se trasladará precisamente a Turín).

3. Asimilacionismo y psiquiatría transcultural

Cuando llegué a Barcelona, me encontré con un panorama intelectual mucho más dinámico respecto al que había en Italia, con profesores menos fanfarrones y más cercanos a la realidad. La Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español había terminado ese mismo año su IX Congreso con una declaración muy firme políticamente (FAAEE, 2003) y muy crítica hacia el falso "multiculturalismo" institucional que hubiera desembocado luego en las ambigüedades del "Forum de las Culturas" de 2004 (Delgado, 2004). Encontré también una ciudad con una inmigración más reciente pero geográficamente más concentrada; en la cual veía la necesidad y la posibilidad de poner en práctica las perspectivas teóricas que estaba aprendiendo a conocer. Al mismo tiempo advertí también casi en seguida la extrema distancia de la antropología ibérica con respecto a propuestas como la etnopsiquiatría, que ya se practicaba en Francia hacía un par de

³ Un *babalao* es un "maestro del secreto", sacerdote de la religión yoruba de Africa Occidental.

⁴ "El grupo permite un discurso sobre el paciente que no lo fija en una representación única (de tipo 'diagnóstico') sino que permite un desarrollo caleidoscópico de las interpretaciones. Ejemplo: la paciente describe la manera en qué su cuñada le tomaba el pelo (de forma indirecta): 'Cantaba unas canciones, pero sabía que su contenido tenía que ver conmigo...' El coterapeuta argelino: '¡Curioso! cuando las mujeres cabilas se 'lanzán' verdades, lo hacen siempre con canciones...' El coterapeuta congolés: 'Entre nosotros esto se llama 'lanzarse noticias'... La coterapeuta senegalés: 'Nosotros lo llamamos 'echar a la gallina con las palabras'... porque aparentemente se habla a la gallina, pero todos saben que se está hablando de alguien en concreto'. El grupo permite así de hacer circular y de poner a disposición una multitud de interpretaciones, explicitando siempre los referentes". (Nathan, 1993)

⁵ Probablemente la difusión de la etnopsiquiatría en Italia también se debe a otros acontecimientos culturales anteriores: en primer lugar obviamente la revolución de Basaglia en psiquiatría; pero también un filón de antropología médica que ya desde los años 60 veía trabajar juntos antropólogos y psiquiatras, tanto en los contextos rurales de origen como en las ciudades en qué llegaban los emigrantes (De Martino, 1961; Risso y Böker, 1992 [1964]).

décadas, y que ya hacía diez años que había llegado en Italia.

No es fácil para los antropólogos ibéricos contrastar las visiones dominantes sobre el tratamiento psiquiátrico de los migrantes: que se basan casi del todo sobre unas interpretaciones de la interculturalidad de tipo "asimilacionista" y eurocéntrica. Un ejemplo claro es el de Joseba Achotegui, psiquiatra muy popular en Barcelona, que en 2004 teorizó la existencia de un desorden psíquico específico de los migrantes (independientemente de las culturas o situaciones sociales de origen) que llamó "Síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple" o "Síndrome de Ulises" (Achotegui, 2004). Sin entrar aquí en una exposición de las características de esta supuesta "síndrome", no podemos evitar de remarcar que la pretensión de encontrar un denominador común psicopatológico entre los miembros de un grupo social que se define por un estatus jurídico (los extra-comunitarios) implica un error evidente de confusión entre los ámbitos (el ámbito legal y el ámbito fisiológico). Un error que no nos parece demasiado diferente del que hace más de un siglo comitió Lombroso, buscando determinismos físicos en los cráneos de quienes habían cometido delitos penales. Esta confusión, naturalmente, y quizás sin querer, hace el juego del asimilacionismo; que en los miembros de otras culturas quiere ver nada más que sujetos mutilados, cuyos problemas - económicos, sociales, psíquicos - puedan reducirse al dolor por esta mutilación. Desde este punto de vista, el tratamiento de las patologías "migratorias" pasa por la integración en la nueva cultura, por la ruptura del "luto" por la "pérdida" del país de origen, y por la asimilación de los nuevos valores y lógicas de funcionamiento. Un enfoque hacia la cuestión muy diferente del que tenemos que tener como antropólogos, conscientes de las diferencias entre los mundos culturales de cada migrante, de las peculiaridades de cada historia migratoria, y sobretodo del alcance transgeneracional de las problemáticas vinculadas con la migración; que pueden manifestarse en la segunda o tercera generación, y no pueden reducirse a un trauma relacionado con el "viaje" o a un "desorden adaptativo".

Los pocos espacios en que el saber antropológico consiguió entrar en acción, y contrastar este asimilacionismo, parecen constantemente acosados por la lógica de la aculturación. Un ejemplo podría ser el del Centro de Salud Mental del barrio de La Mina de Barcelona: en el cual hace décadas se experimentan - en un territorio complejo, con una población en gran parte gitana, y con un fuerte índice de marginalidad social - programas de terapias que no quieren sólo *reeducar* sino que sepan valorizar las redes sociales existentes y las estructuras comunitarias, sobretodo de la población gitana. A pesar de los logros, en la última planificación prevista para la transformación del barrio, el Ayuntamiento olvidó de asignar un sitio al Centro de Salud Mental! (Tizón, 2006). Un ejemplo aún más dramático sucedió últimamente en Madrid, con el *Servicio de Mediación Social Intercultural*, que desde 1997 daba asistencia técnica a los servicios sociales a partir de un equipo de antropólogos de la Universidad Autónoma. Hace pocos meses el servicio fue obligado a cerrar, según parece por una decisión estrictamente política. Este equipo de profesionales, ligados a los ámbitos de producción del saber antropológico, es substituido por otro, gestionado por una empresa, y claramente asimilacionista⁶.

Las teorías oficiales implícitamente (y a veces explícitamente) ven en las culturas de los migrantes poca cosa más que resistencias a la integración; nostalgias neuróticas hacia la madre patria, obstáculos para el proyecto universalista de occidente. Como conocimientos propios, al máximo se les reconoce el idioma y la cocina tradicional; todo lo otro tienen que aprenderlo de nosotros. Se trata de la visión de la "psiquiatría transcultural", en la cual también hay un papel para los antropólogos y para los mediadores culturales, poco menos humillante que el de los ruiseñores del emperador: el de "hacer entender" a los migrantes lo que es mejor para ellos, "traduciendo" en los términos de sus culturas (que acaban siendo poco más que sus lenguas) los dictámenes y los saberes ya preparados por nuestras instituciones sociosanitarias. Más que una traducción, una traición: conocer la cultura de los "otros", para convencerlos a perderla.

⁶ El SESMI cerró el 31/1/2009. En la carta de cierre, firmada por Carlos Gimenez Romero y Fadila Mammari del *Instituto Universitario de Investigación sobre migraciones, etnia y desarrollo social*, con el título de "Ante el cierre del SESMI", puede leerse, acerca de la política que se divisa detrás de la nueva gestión de este servicio: "*Estáramos hablando de una política sustentada en el asimilacionismo, todavía no explícito hacia la opinión pública, en la cual los inmigrantes no son considerados nuevos ciudadanos con derecho a la expresión pública de sus propias culturas e identidades, sino como población a "integrar" siempre y cuando se asimilen y sean susceptibles de ser captados como futuro apoyo político, de ahí que esta nueva línea conlleve un importante riesgo de clientelismo. Así mismo, esta línea de actuación implica el peligro de abordar la integración de los extranjeros desde una perspectiva meramente asistencialista*".

4. Los *attachements*

Uno de los conceptos más ambiguos de lo que llamamos "el falso multiculturalismo institucional" es que existan unas "culturas" que puedan convivir una al lado de otra sobre un territorio, como compartimentos herméticos o comunidades cerradas. Entre estas comunidades pueden darse compatibilidades o incompatibilidades; comunicación o conflicto; en algunos casos mestizaje o "choques de civilización". Pero como ya se resaltaba en la mencionada Declaración del IX Congreso de la FAAEE:

"'multiculturalismo' e 'interculturalidad' sirven para designar, con frecuencia, políticas que no se basan en la pluralidad móvil de estilos de vida presentes en una misma sociedad, sino en la existencia de un supuesto mosaico de compartimentos herméticos que encierran a cada individuo en su 'identidad' étnica y de los que se insinúa que no es posible escapar. Los medios de comunicación emplean una y otra vez la noción de cultura para trivializar y simplificar determinados conflictos sociales, insinuando que sus causas tienen que ver oscuramente con las adhesiones culturales de sus protagonistas" (FAAEE, 2003).

Según este multiculturalismo, lo que provoca las dificultades de integración de los inmigrantes en los países de acogida sería el excesivo enganche a la cultura de origen, la resistencia a "nuestros valores", la escasa voluntad de aceptar formas de ser y de hacer diferentes a las suyas. El malestar psíquico sería efecto de estas resistencias, y la curación pasaría por la aculturación. Después de años de práctica clínica con los migrantes, los operadores del Centre Dévereux afirman exactamente lo contrario: la patología no es causada por un enganche excesivo a las raíces culturales, sino por la pérdida o la ruptura de una o más de estas raíces. Si en vez de hablar en términos de "culturas" hablamos en términos de raíces - Nathan usa la expresión *attachements*, es decir enganches, adhesiones -, veremos que la situación se hace más compleja, pero también más moldeable: no hay pertenencias únicas, sino una multiplicidad de adhesiones, más o menos negociables, entre las cuales muchos son compromisos hacia la sociedad de origen, otros vínculos con la sociedad hacia la cual se migra, otros son ligados a las razones o circunstancias de la migración. La identidad, la cultura, son compuestos múltiples formados por las intersecciones entre una multitud de estos *attachements*: a una lengua, a unas familias, a unos antepasados, a unas divinidades, a unas conductas. Estos enganches múltiples no son obstáculos, sino recursos, porque son capaces de activar las capacidades sociales de la persona: cuanto más una terapia es capaz de poner en juego los *attachements* de un individuo, encontrando una solución que no imponga traicionarlos sino que sepa reconciliarlos, casi diplomáticamente, tanto más posible será aconseguir una curación verdadera. Pero los varios dispositivos sociosanitarios, o educativos, en acción en las sociedades de acogida (la medicina, la escuela, la psiquiatría...) funcionan como *máquinas de abrasión de las diferencias culturales* (Nathan, 1994); y no saben, o no quieren, entender la importancia de los recursos que los migrantes traen consigo, a menudo sin ser conscientes de ello. Así que las terapias que los migrantes encuentran en los países de acogida intentan substituirse a estos recursos, por lo tanto a desenganchar (*desattacher*) a las personas de sus sistemas culturales y de sus historias. Este tipo de terapias son las que provocan un agravamiento de los síntomas, o a lo mejor unas curaciones aparentes, que acaban reproduciendo las patologías en las siguientes generaciones.

Así que en la experiencia de los operadores del Dévereux, los sujetos más expuestos a las patologías psíquicas, a las explosiones de violencia, a los deslices integristas o fundamentalistas, son sobretodo aquellos que perdieron el control de sus *attachements*: personas sobre las cuales la migración, o quizás alguna otra experiencia anterior, representó un trauma que no les permitió mantener activo algún aspecto de sus identidades. Personas a menudo aisladas, solas, amputadas en algunas de sus pertenencias culturales, que piden ser recompuestas, desembocando en la patología. Los refugiados, los veteranos, los exiliados: individuos *deattachés*, que han sido obligados a romper con algunas partes de sus identidades, a veces incluso por culpa de traumas provocados intencionalmente (Sironi, 2008; Zajde, 2005). La ruptura de estos enlaces puede desencadenar una enfermedad psíquica, y la recomposición de ellos es el camino hacia la curación. Todas las terapias de los mundos culturales diferentes al nuestro, que bajo una mirada etnocéntrica y colonialista parecen fantasías o supersticiones, desde el punto de vista de los *attachements* sólo tienen una función: la de reconstruir los enlaces del individuo con algunas de las pertenencias que se rompieron por un evento traumático. No intentan descubrir la

dinámica de las causas, la etiología de la ruptura, pero operan sobre esta ruptura, para recomponer lo que en etnopsiquiatría se llama *enveloppe culturelle*: la cultura, que contiene el individuo y lo protege de la irrupción de lo negativo (Grandsard, 2009). Un contenedor complejo, formado por las vinculaciones del individuo con una multiplicidad de seres: algunos de los cuales humanos, otros no humanos.

5. Terapia científica y terapia salvaje

Según Nathan, existe una característica estructural de todas las psicoterapias occidentales, nacidas en el ámbito del saber científico, que la distingue de las terapias de tradiciones culturales diferentes, por ejemplo de la medicina islámica, o la adivinación centroafricana, o la medicina tradicional judía. Para las terapias "salvajes" (el término obviamente se usa en forma polémica) nosotros, los humanos, *no estamos solos en el mundo* (Nathan, 2001a).

"La psicoterapia que llamamos 'científica' [...] cualquiera sea su obediencia teórica (freudiana, antifreudiana o neo-freudiana, kleiniana fanática o cripto-lacanian, o yo qué sé...) - este tipo de psicoterapia, digo yo, contiene siempre una sola premisa; es clara, explícita: *el humano está solo!* Es solo en el universo, entonces solo delante de la Ciencia, en consecuencia solo delante del Estado. Con esta fórmula única podría resumir las profesiones de fe de todas las psicoterapias 'sapientes' que conozco" (Nathan, Stengers, 2004).

El universo de los "otros" mundos, en cambio, es compartido entre los seres humanos y toda una serie de otros seres: espíritus, antepasados, muertos, *djinn*, divinidades. Estos seres son invisibles pero activos: son ellos que determinan la mayoría de las enfermedades, de las desgracias y de las fortunas de los humanos, influyendo sobre su nacimiento y su muerte. El conocimiento científico occidental se constituyó precisamente *contra* un sistema cultural de este tipo, en el cual se jugaba una batalla entre las fuerzas invisibles de Dios y del Diablo para la salvación o perdición de los seres humanos; fundando en cambio un universo "único", en que los seres humanos disponen de libre albedrío y por lo tanto de responsabilidad (jurídica) individual, sobre sus acciones⁷.

La antropología moderna y contemporánea nos enseña que, a pesar del colonialismo y la aculturación, más o menos forzosa, muchos de los "otros" mundos culturales siguen viviendo sumergidos en universos múltiples, compartiendo su vida cotidiana con lo invisible, negociando y dialogando con seres que parecen no tener ninguna intención de desaparecer. Mencionaré aquí un ejemplo entre los muchos que pude conocer durante mi formación al Dévereux. Es la historia de fundación de la etnopsiquiatría: un caso clínico que se dió en la consulta de Tobie Nathan al hospital de Bobigny, *banlieue* no muy lejos de París, en el año 1979 (Nathan, 2001a).

Un paciente cabilio de Argelia sufre un grave accidente laboral. Es hospitalizado, y después del tratamiento declarado sano; pero a pesar de ser positivos todos sus valores, sigue sintiéndose enfermo. Agotados los recursos de la medicina física, es derivado al ámbito "psi". Es psicoanalizado (aún no era la época de los fármacos), pero después de cada sesión sufre un agravamiento de los síntomas. Nathan, en ese momento joven psiquiatra del hospital *Avicenne* de Bobigny, decide de modificar el dispositivo clínico, utilizando por la consulta un mediador cultural que hable la lengua cabilia y que conozca su universo cultural de referencia. El paciente cuenta, el mediador explica, el terapeuta pregunta, el mediador hace una hipótesis, el paciente especifica, el terapeuta no entiende, el mediador cuenta... la introducción de una tercera persona, en la estructura "confesional" y dialógica de la consulta psiquiátrica, produce una ruptura, que es la base de la etnopsiquiatría.

A partir de esta ruptura, el paciente se encuentra en un espacio nuevo, en el cual puede atreverse a expresar lo que *él mismo* piensa sobre su malestar, sabiendo que encontrará un apoyo a la expresión, no un dispositivo de abrasión ni de traducción "transcultural". Un lugar en el cual revelar la etiología tradicional sin tener miedo de que lo traicionen. El cabilio de la historia entonces explica su versión del problema: "El pañuelo que usé después de hacer el amor con mi mujer ha desaparecido. Fue mi cuñada quién lo robó".

Un psicoanalista freudiano haría esta interpretación: el paciente proyecta sobre el pañuelo unos

⁷ De los *Parerga und Paralipomena* de Schopenhauer (1851): "Si un venerable Asiático me preguntara qué es Europa, tendría que contestarle: es esa parte de la tierra completamente y estúpidamente embebida de la ridícula idea que el nacimiento del hombre es su inicio absoluto y que él ha nacido de la nada" (traducción mía).

sentimientos negativos no reelaborados que se transforman en fantasmas de persecución. Pero cualquier declaración - implícita o explícita - de enfermedad mental ("*Monsieur*, ¡usted es un paranoico!") no haría más que empeorar la situación. El dispositivo etnopsiquiátrico, en cambio, gracias a la presencia del mediador y a la suspensión del juicio por parte del terapeuta, permite buscar nuevos significados. Como bien saben tanto el paciente como el mediador, expertos de sus propios mundos culturales, un curandero tradicional islámico no tendría dificultad en hacer una "diagnóstico": se trata de un *s'hur*, es decir de un hechizo. Gracias a una técnica adivinatoria, se reconocería en poco tiempo el *djinn* - el espíritu - al cual la cuñada recurrió para lanzar el hechizo contra el paciente. Una vez determinadas las causas del malestar, no pediría venganza o represalia contra la cuñada: confeccionaría un talismán, sin duda hecho de palabras del Corán mezcladas con otras substancias, y recetaría algunas prescripciones rituales. La segunda revolución aportada por Nathan en la práctica clínica, a partir de este episodio de 1979, fue el no tener miedo en animar a los pacientes a seguir las prescripciones de sus tradiciones terapéuticas. Potenciando la interpretación *emic* de la patología, en vez de entrar en conflicto con ella, se desencadenaron toda una serie de eventos que llevaron al cabildo antes a una mejora en los síntomas, luego a la curación (se lea el relato del caso clínico en Nathan, 2001a).

Naturalmente este enfoque dió lugar desde su nacimiento a una serie de polémicas, sobre todo en Francia, cuna del laicismo racionalista. La crítica más dura vino del médico y socioantropólogo Didier Fassin (2000), que comparó Nathan a J.C. Carothers, el antropólogo que en 1954 fue encargado por el gobierno británico de buscar los medios para entender (y derrotar) la revuelta de los Mau Mau en Kenya. Carothers describió la existencia de ciertas patologías "culturales" entre los Kikuyu, que declaró ser las reales causas de la revuelta, a la cual negó por lo tanto cualquier valor político, legitimando su represión. La creación de patologías culturales donde habría que ver reivindicaciones políticas, sería la misma operación que realiza Nathan en la consulta etnopsiquiátrica: estimulando los inmigrantes a encerrarse en sus mundos culturales, y legitimando la creación de guetos, funcionales al sistema postcolonial. Una respuesta políticamente muy bien fundada a esta crítica vino de Piero Coppo (2000):

"Que se realice o no en la práctica de cada sesión, el proyecto de Nathan es de transferir la función de experto del terapeuta al paciente mismo; o por lo menos, esto es lo que Nathan piensa y escribe desde siempre, y que en parte me parece que sucede, en los límites que conlleva el contexto de la terapia en particular. Esto implica que la curación es un proceso, en primer lugar, de autocuración. El movimiento por lo tanto procede hacia el *empoderamiento* (para utilizar una palabra muy estimada por los técnicos sociales) del individuo y de los grupos. Esto se realiza al menos gracias al efecto desalienante que supone la prescripción de instrumentos de curación que proceden del área cultural, geográfica, de supervivencia del paciente, y no de otros lugares; y también por un efecto activador ligado al hecho de hacer que el paciente sea responsable, actor, de su búsqueda (a menudo a través de peregrinaciones y consecuentes decisiones reales, no mentales)".

Curiosamente, cada vez que alguien pretende tomar en serio los discursos - implícitos o explícitos - de quienes no pertenecen a nuestro mundo cultural, se le acusa de fomentar la creación de guetos, de impedir la integración de los inmigrantes. De dificultar el encuentro entre "ellos" y "nosotros"... un encuentro que se configura siempre como la aceptación, de parte de "ellos", de las reglas de la modernidad; reglas que se supone que son universales. Lo que se pone aquí en duda es que exista una diferencia real, palpable, entre "nosotros" y "ellos"; entre modernos y premodernos, entre médicos y brujos. Es decir, que exista de verdad esta modernidad.

6. Médicos y brujos

"Generalmente, los Blancos creen que existen dos tipos de sociedades - *aquellas en que se piensa más de cuanto se crea, y aquellas en que se cree más de cuanto se piensa* - la de ellos naturalmente hace parte de las primeras. [...] Así, en nuestra disciplina, a pesar de las nombrosas advertencias de pensadores excepcionales, verdaderos iluminados, como fue por ejemplo Marcel Mauss, a pesar de las investigaciones profundas y extremadamente claras de los antropólogos sobre el 'pensamiento salvaje', a pesar de los resultados clínicos regularmente publicados por los investigadores en etnopsiquiatría, los psicopatólogos siguen sosteniendo que existe un *pensamiento* de un lado - el de la psicopatología occidental - y unas *creencias* por el otro - el de esos (pobres) salvajes que, enredados en sus fantasmas, no saben hacer nada más que gesticular ingenuamente unos actos 'simbólicos'" (Nathan, Stengers, 2004).

¿Cómo es posible que una "terapia" como la del cabildo que resumimos arriba pueda compararse con una psicoterapia científica, y que un psiquiatra pueda dar crédito a estas supersticiones? Nathan y sus colaboradores, durante décadas de práctica, han construido un discurso que, si no explica, por lo menos permite el diálogo con este tipo de operadores terapéuticos: intentando entender su *eficacia*, en términos científicos. En primer lugar, reconociendo la existencia de teorías que están a la base de sus intervenciones: teorías implícitas, basadas sobre la práctica, nunca expresadas en palabras; teorías que se ven en acción, y de la cual se aprecia la complejidad, tanto en el diagnóstico como en la terapia.

Empecemos por el diagnóstico. Localizando la causa del malestar *fuera* del cuerpo del paciente, se invierte el mecanismo, respecto al diagnóstico psiquiátrico moderno: el malestar es *objetivizado*, la responsabilidad del desorden no es del paciente, a menudo no es ni siquiera de este mundo. La responsabilidad es del invisible (ni siquiera de la cuñada, sino del *djinn* que permitió que la envidia de la cuñada se convierta en algo eficaz). Al paciente por lo tanto no se le puede culpar: no es un paranoico, no tiene nada *dentro* que no funcione, no tiene "un problema psíquico": se encuentra en cambio en una situación difícil que tiene que resolver. En la terapia, también se realiza una inversión: el primer paso del paciente no es mirar dentro de sí, sino entrar en acción. El tratamiento del problema también es materializado, se encarna en la fabricación de un nuevo objeto, que garantizará la curación, y en una serie de acciones rituales. Gracias al "contenedor cultural" de la brujería, del *s'hur*, el paciente sale de la inmovilidad, y entra en escena. De objeto pasivo y sufridor de un malestar, se convierte en "actor" - en el sentido etimológico - de un drama: cuyos personajes son todos los otros miembros de su grupo social, de su familia y de su comunidad, también indirectamente atacados por el *djinn*. Entonces la tarea del paciente no será sólo curarse a sí mismo, sino también proteger su grupo de una peligrosa irrupción de lo invisible. Se convertirá por lo tanto también en el elegido por su comunidad para llevar a cabo una difícil operación de defensa colectiva: es para la misma sobrevivencia del grupo, que todo el mundo ayuda a la persona enferma, poniéndose en juego y apoyando el camino individual de curación. Quién no lo hace, además, ¡se expone a ser acusado él mismo de brujería!

Vemos claramente cómo todo este sistema terapéutico tiene consecuencias radicalmente opuestas, respecto al dispositivo psiquiátrico tradicional. Un diagnóstico psicopatológico - "*Monsieur*, usted es un paranoico" - localiza dramáticamente el malestar *dentro* del sujeto, lo hace portador de una anormalidad, y lo empuja hacia un recorrido terapéutico que lo *separa* de su grupo de pertenencia. La sociedad se defiende de la enfermedad psíquica en primer lugar aislando al enfermo; se deja al enfermo solo con su malestar y con su terapeuta, que le arrebató incluso el *conocimiento* sobre su cuerpo. El enfermo es un individuo fuera de contexto, en mano de las terapias, de hecho anulado, como máximo insertado en un nuevo grupo compuesto de otros enfermos. Occidente, desde la Inquisición hasta nuestros tiempos (Szasz, 1974), se obstina a localizar la anormalidad *dentro* del sujeto: antiguamente, en el alma; a partir del siglo XX, en la psique; con la aparición de las neurociencias, en el cerebro; últimamente, hasta en el ADN. Pero el proyecto siempre es el mismo, y es funcional a la realización de un sueño de dominio biopolítico: la creación de individuos aislados delante del Estado, que no pertenecen a nada, ni tienen *attachements* ni referencias que no sean las instituciones dominantes (Foucault, 2007 [1979]).

Las terapias "salvajes", al contrario, conocen bien el valor terapéutico del pertenecer: un enfermo aislado es un riesgo para el grupo mismo, y el objetivo de la terapia es resocializar y reintegrar quién sufrió una enfermedad mental. No por solidaridad, o por "buenos sentimientos", sino porque el aislamiento es potencialmente destructor, puede alimentar el malestar y contagiar a otros miembros de la sociedad. Después de una terapia "salvaje", el enfermo, ya curado, vuelve a introducirse en el grupo con una nueva identidad: se convierte en *experto* de su enfermedad, por ejemplo en *adepto* del ser invisible que lo hizo caer enfermo. El grupo, que contribuyó a la búsqueda de la solución y que acompañó el enfermo durante todo su camino, sale de la enfermedad más cohesionado, más consciente de sus límites, de los peligros que lo rodean, pero también de sus potencialidades.

La etnopsiquiatría, para la ciencia moderna, representa una toma de conciencia importante de sus límites: si queremos, de los límites mismos de la modernidad, hace siglos empeñada en una batalla desesperada contra todo lo que le parezca irracional, inexplicable, ininvestigable, por cuanto eficaz se demuestre. Es como si de esta lucha - contra los charlatanes y contra las

supersticiones: de hecho, contra las otras culturas - dependiera su propia sobrevivencia. La medicina moderna y la psicoterapia moderna no soportan la idea de *convivir* con otras medicinas o con otras psicoterapias. La propuesta de la etnopsiquiatría, como veremos, es que la ciencia moderna se convenza de aceptarse como "una técnica entre muchas", reconociendo eficacia y potencialidad a las "otras" técnicas, y renunciando a la universalidad. O por lo menos, transformando su pretensión de universalidad en una voluntad de hacerse completa. Es la crítica a la modernidad que hace Latour, cuando afirma que *nunca fuimos modernos* (Latour, 2007).

También desde el punto de vista del pensamiento crítico, de los movimientos antipsiquiátricos, el alcance del dispositivo etnopsiquiátrico es grande, ya que permite superar una fase de estancamiento: hace décadas ya que la antipsiquiatría denuncia el aislamiento forzoso de los supuestos enfermos psíquicos, pero en esta época de psicofármacos recetados a los menores por las mismas escuelas, de *disease mongering*⁸ por parte de las farmacéuticas, de conductivismo y cognitivismo desenfrenados, no ha sabido aún encontrar alternativas válidas, tanto teóricas como prácticas, a los dispositivos ofrecidos por la psiquiatría dominante, para resocializar o reintegrar realmente a los enfermos psíquicos en la sociedad⁹.

7. Hacia una psicopatología científica: la influencia que sana

Como consecuencia, podemos decir con Tobie Nathan que todas las técnicas "psi" - sean occidentales o "salvajes" - son en realidad técnicas de influencia. Que utilicen palabras, símbolos, objetos mágicos¹⁰, o sustancias psicoactivas, se trata siempre de inducir una transformación que cure: *la influencia que sana*, la llama Nathan (1994). Lo que diferencia las psicoterapias occidentales, y en particular el psicoanálisis, de todas las "otras", es su obstinada voluntad de negarse como técnica de influencia. Técnicas de influencias son las otras, el psicoanálisis es *ciencia*; médicos a un lado, brujos y charlatanes al otro. Mientras el mundo que la rodea se transforma, se globaliza, irrumpen los psicofármacos, que hacen temblar las bases mismas sobre las cuales se fundó, el psicoanálisis intenta aún ser reconocido como científico, a partir de una idea de ciencia aún positivista y etnocéntrica (Melchior, 2006)¹¹. Reconociéndose como *una técnica entre muchas*, admitiendo la falta de una diferencia cualitativa importante entre técnicas científicas y técnicas "salvajes", la psicoterapia moderna podría finalmente empezar a convertirse en una verdadera psicoterapia científica, basada sobre la experimentación, sobre la construcción de teorías generales a partir de observaciones particulares (Nathan, 2006). Con un método *estocástico*, aplicando antes una teoría luego otra, luego una práctica originaria de un sistema, luego una práctica originaria de otro, hacia un mestizaje de las prácticas, con la finalidad de elaborar una solución específica para cada caso.

Exactamente como hace tiempo los músicos de la *pizzica*¹² testaban todas sus melodias para

⁸ *El concepto de disease mongering* o "producción de enfermedad" ha sido acuñado por Lynn Payne (1992) y se encuentra actualmente al centro del debate médico internacional. Las empresas farmacéuticas llevarían a cabo estrategias de *lobbying* para patologizar situaciones comunes, promoviendo la diagnóstico masiva o incluso la creación de enfermedades *ad hoc* para fármacos que quieren introducir en el mercado. Sería el caso por ejemplo de la *Disfunción Sexual Femenina* (FSD), de la *Disfunción Eréctil* (DE), del *Síndrome de las piernas inquietas* (RLS) y quizás también del *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (ADHD). (Moynihan, 2005; Phillips, 2006; y en castellano Vara, 2008). Al tema se dedicó también la intervención introductiva de Isabelle Stengers al Congreso del 12 y 13 de octubre de 2006 "*La psychotérapie à l'épreuve de ses usagers*" del Centre Georges Devereux.

⁹ Por lo que atañe al contexto del Estado Español, y de Barcelona en particular, hay que nombrar una importante excepción: el trabajo del colectivo *Radio Nikosia*, que surge del movimiento *La Colifata* de Buenos Aires. A través de un programa semanal en varias estaciones de radio, un grupo de personas diagnosticadas como enfermos mentales han conseguido crear una colectividad que los transforma y que les permite de desarrollar nuevas relaciones. (AAVV, 2005)

¹⁰ El uso de los objetos en las terapias de otras culturas ha sido estudiado ampliamente por Nathan y representa uno de los puntos centrales de la teoría etnopsiquiátrica. El tema merecería más que una nota; se vea por lo menos Nathan, 2001b.

¹¹ "*La psychanalyse, héritière de l'hypnose, a infiniment moins rompu avec celle-ci qu'elle ne se plaît à le dire. Il faut savoir, en effet, que l'un des aspects les plus marquant de la communication hypnotique es l'intralocution [...] Ce terme désigne simplement le fait que dans les phrases qu'il prononce, l'hypnotiste parle comme s'il savait aussi bien que le patient ce qui se passe en lui [...] Or, dans la structure de la communication à l'oeuvre au cours d'une cure analytique, on retrouve également une forme d'intralocution. En effet, dans le jeu communicationnel analytique le patient accepte dans une certaine mesure de laisser l'analyste devenir le détenteur des significations qu'il énonce*" (Melchior, 2006).

¹² *La pizzica tarantata* es un estilo musical del Sur de Italia, característico del ritual del *tarantismo*, estudiado por el gran antropólogo italiano Ernesto De Martino. La *taranta* es una araña mítica que con su mordedura inducía una catalepsia, que se curaba a través de un dispositivo meloterapéutico. Este sistema terapéutico pudo observarse en funcionamiento hasta los años 60. De Martino, 1999 [1961].

curar a la mujer *pizzicata* por la *taranta* de su catalepsia (De Martino, 1999 [1961])¹³. También porque ninguno de los mundos de origen de los inmigrantes es hoy el mundo tradicional, no contaminado, descrito por los antropólogos de principios de siglo: ya que los mundos se han mezclado, y las identidades son múltiples, no se puede aplicar mecánicamente ninguna teoría, ni exótica ni local. Hay que buscar, experimentar, fuera de los prejuicios y de los posicionamientos ideológicos. Devolviéndole a la psicoterapia el carácter de ciencia experimental que parece que haya perdido, desde que se convirtió en el campo de batalla entre cognitivo-conductuales y analistas, entre neurofarmacólogos y sistémicos, entre sustancias activas y terapias de la palabra (Pignarre, 2001).

En este contexto, los antropólogos pueden redescubrir un papel no sólo activo sino esencial: ya no son folkloristas en búsqueda de costumbres perdidas, ni confusos sociólogos de la modernidad, ocupados en describir siempre las mismas historias con nuevas palabras. Son en cambio parte de un proyecto complejo de *etnociencias*, por el cual hay que estudiar en profundidad las metodologías terapéuticas exóticas, en la práctica y sobre todo en su impacto con la modernidad. Dejando de lado términos como "creencia", "resistencia", "simbólico", y contribuyendo a una cartografía del mundo en su funcionamiento real, a un mapa de las relaciones que migrantes y no migrantes entretienen con sus *attachements*, con sus seres invisibles, estos también transformados por la globalización, pero siempre activos como instrumentos de patología y de curación. Sin antropología no habría etnopsiquiatría, ni por lo tanto la posibilidad de una psicopatología científica, completa, no eurocéntrica.

Cuando pude opinar dentro de un círculo terapéutico (el paciente era originario de Mali, con dos mujeres y demasiados hijos de la segunda mujer, lo que había provocado la envidia de la primera), entendí el tipo de *expertise* - de especialistas - que necesita la etnopsiquiatría. Personas capaces de escuchar, exactamente como cuando hacemos entrevistas sobre el terreno. Al mismo tiempo capaces de analizar y entender lo que escuchamos en los términos culturales de la persona que nos habla. Personas capaces de relativizar su propia preparación técnica, de considerarla *local knowledge* exactamente como la de los pacientes. De hecho, un saber que es el del antropólogo; pero con una diferencia, que se trata de un saber *práctico*, dirigido a la acción y a la influencia sobre el otro. Dos aplicaciones - la acción y la influencia - casi históricamente enemigas de la antropología, sobre todo a la antropología contemporánea, que tiende a encerrarse en la construcción de saberes finalizados a su propia reproducción. Creo que si consiguiéramos que en la formación antropológica se incluyera también la necesidad urgente de aprender a *intervenir* - no en los términos de las ONGs, de la cooperación humanitaria, sino en sentido político, como necesidad urgente de una aplicación práctica del conocimiento producido - quizás podríamos ayudar a que nuestra disciplina no sea engullida por los tiempos. A que no se encuentre como el psicoanálisis antes de la llegada del etnopsiquiatría, encerrada sobre sí misma y sola, delante de un mundo que ya no entiende, y sobre el cual ya no tiene nada interesante que decir.

Una necesidad que implica correr un riesgo, someterse a una "ofensa", como dijo De Martino¹⁴: aceptar el otro como *esperto* a consultar, con el cual trabajar, y no como simple *informador* a utilizar, significa abdicar a nuestra superioridad, renunciar incluso a parte de nuestra identidad de estudiosos. Lo que hay en juego es la sobrevivencia de nuestra disciplina, quizás también el equilibrio de los mundos culturales. Para quien no quiera correr este riesgo, recordamos que si hoy existe la etnopsiquiatría, se debe sobretodo a la genialidad y al valor de Georges Dévereux: "abridor de caminos", maestro de atravesar fronteras, que supo (y debió) "renunciar a su identidad como defensa contra la aniquilación"¹⁵.

¹³ Hace tiempo propusimos una idea parecida para la práctica de la educación infantil. Portelli, Rossomando, 2004.

¹⁴ "L'umanesimo etnografico è in un certo senso la via difficile dell'umanesimo moderno, quella che assume come punto di partenza l'umanamente più lontano e che, mediante l'incontr sul terreno con umanità viventi, si espone deliberatamente all'oltraggio alle memorie culturali più care: chi non sopporta quest'oltraggio e non è capace di convertirlo in esame di coscienza, non è adatto alla ricerca etnografica, e miglior prova di sé potrà eventualmente dare nell'ambito dell'umanesimo filologico e classicistico, che è pure sempre, malgrado tutto, un dialogo in famiglia" (De Martino, 1977).

¹⁵ Cito aquí el título de uno de los mejores textos de Dévereux: "La renonciation a l'identité: defense contre l'anéantissement". (1967).

BIBLIOGRAFIA

- AAVV (2005) *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- ACHOTEGUI LOIZATE, J. (2004) "La soledad de los inmigrantes o el síndrome de Ulises". *Crítica*, 914: 59-63.
- BLOCH G. (2000) "Les origines culturelles de Georges Dévereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie", [En línia] Pagina web <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/GBGD.htm> [Consulta, 1/3/2009]
- COLAJANNI, A. (1998) *Gli usignoli dell'imperatore*. Roma: dispense Cattedra di Antropologia Sociale, facoltà di Scienze Statistiche, Università "La Sapienza", A.A. 1997-1998.
- COPPO, P. (2000) "Politiche e derive dell'etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese". *I fogli di ORISS*, 13-14.
- DELGADO, M., ed. (2004) *La otra cara del Fórum de les cultures S. A.* Barcelona: Edicions Bellaterra.
- DE MARTINO, E. (1977) *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- DE MARTINO, E. (1999) [1961] *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra.
- DÉVEREUX, G. (1967) "La renonciation a l'identité: defense contre l'anéantissement". *Revue Française de Psychanalyse*, 31: 101-143.
- DÉVEREUX, G. (1970) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- FAAEE (2003) "Declaració del IX Congrés de la Federació d'Associacions d'Antropologia de l'Estat Espanyol. Barcelona, setembre 2002". *Quaderns de l'ICA*, 19: 161-167.
- FASSIN, D. (2000) "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes". *L'Homme*, 153: 231-250.
- FOUCAULT, M. (2007) [1979] *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GRANDSARD, C. (2009) "Enveloppe culturelle et attachement social". *Santé mentale*, 135: 46-49.
- LATOURE, B. (2007) *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- MELCHIOR, T. (2006) "Guérir par la vérité" dans NATHAN, T., ed., *La guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- MEZZICH, J.E., KIRMAYER, L.J., KLEINMAN, A., FABREGA, H., PARRON, D.L., GOOD, B.J., LIN, K., MANSON, S.M. (1999) "The place of culture in DSM-IV". *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(8):457-464.
- MOYNIHAN, et al. (2005) *Selling Sickness: How the world biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. Nueva York: Nation Books.
- NATHAN, T. (1993) *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*. Paris: Édition La Pensée Sauvage.
- NATHAN, T. (1994) *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob.
- NATHAN, T. (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- NATHAN, T. (2001) "Fonctions de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques". *Ethnopsy*, 2.
- NATHAN, T., STENGERS, I. (2004) *Médecins et sorciers*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- NATHAN, T. (ed., 2006) *La guerre des psy. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- PAYNE, L. (1992) *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick*. New York; Wiley and Sons.
- PIGNARRE, P. (2001) "Qu'est-ce qu'un psychotrope? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression". *Ethnopsy*, 2.
- PHILLIPS, C.B. (2006) "Medicine Goes To Scholl: Teachers as Sickness Brokers for ADHD". *PLoS Medicine*, 3(4): e182.
- PORTELLI, S., ROSSOMANDO, L. (2004) *Pedagogia delle acque. Tre laboratori con i bambini*. Napoli.
- RISSO, M., BÖKER, W. (1992) [1964] *Sortilegio e delirio. Per una psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*. Napoli: Liguori.
- ROSENBAUM, J.F., JUDY, A.E., *Depression and Minorities* [En línia] Intervención en la American Psychiatric Association 2004 Annual Meeting. <http://www.medscape.com/viewarticle/480895> [Consulta, 1/3/2009]
- SCHOPENHAUER, A. (1851) *Parerga und paralipomena*. Leipzig: Philipp Reclam jun.
- SIRONI, F. (2008) *Psicopatología de la violencia colectiva*. Zaragoza: 451 Editores.
- SZASZ, T.S. (1974) *La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Barcelona: Kairós.
- TIZÓN, J. (2006) "Salud mental, ciudades y urbanismo. Sobre psicósomática y psicodinámica de la vida urbana". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97): 9-29.
- VARA, A.M. (2008) "Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering". *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatorial*, 11(5): 130-132.
- WALLACE, E. R. (1983) *Freud and Anthropology. A History and Reappraisal*. (Psychological Issues Monograph 55.). New York: International Universities Press, Inc..
- ZAJDE, N. (2005) *Guérir de la Shoah*. Paris: Odile Jacob.