

*De la antipsiquiatría a la etnopsicología y etnopsiquiatría. Conquistas y desafíos.*¹

Piero Coppo ²

Primeramente quisiera agradecer a la ciudad de Ayacucho, a la Universidad Federico Froebel y a Dr. Oswaldo Torres Rodríguez por haber organizado este I Congreso Latinoamericano de Etnopsicología, por su invitación y la generosa hospitalidad que nos brindaron.

Es para mí un gran placer compartir con Ustedes algunos puntos acerca de un tema que siempre me apasionó y que considero de gran actualidad y utilidad para hoy y para el futuro. Querría contribuir a este Congreso hablando de lo que se es la historia y las particularidades de la etnopsiquiatría italiana.

Soy médico, psiquiatra, psicoterapeuta y sigo ejerciendo mis actividades clínicas en Italia en el campo de los trastornos psíquicos o “espirituales”. Además, a partir de los años '70, trabajé en proyectos de cooperación internacional para la articulación (nosotros hemos aprendido a hablar en estos casos de *articulación* y no de *integración*, lo cual supone que uno integre al otro) entre distintos sistemas de cura.

He tenido así el honor de ser el coordinador de un programa del Ministerio de Cooperación, del Consejo Nacional de Investigación (Instituto de Psicología) de Italia y del Ministerio de Salud y del Departamento Medicina Tradicional de Mali para la creación de un Centro de articulación entre recursos de salud en el cual trabajé durante diez años. En los años que siguieron hemos desarrollado actividades de investigación, de formación a la articulación y a la clínica multicultural en Somaliland, Marrueco, Guatemala y Italia, colaborando con varias instituciones italianas y internacionales. En Guatemala, en área maya-quiché, el objetivo del proyecto era la articulación entre los recursos de la medicina tradicional (curanderos, hueseros, comadronas, adivinos, herbolarios, etc.) y de la medicina que tiene como referencia a la ciencia (médicos de diferentes especialidades, enfermeros, hospitales, farmacéuticos, etc.).

No es el mío un trabajo aislado; existen en este campo experiencias piloto en todo el mundo, hay numerosos especialistas de diferentes disciplinas que están involucrados, hay organizaciones internacionales (OMS, OPS, UNICEF, UNESCO) que impulsan realización de proyectos, hay datos que confirman la utilidad en salud pública de una colaboración inteligente entre diferentes sistemas de cura. En Perú también hay en este sector una tradición valiosa: pensamos, por ejemplo, en los trabajos de Carlos Alberto Segúin y Fernando Cabieses. Con el tiempo, y con la contribución de muchos, se llegó sedimentar una teoría, una práctica clínica, una base metodológica fuerte, que alcanzó un gran desarrollo en antropología médica, etnomedicina, etnopsicología, etnopsiquiatría. Este proceso tuvo en los diferentes países características específicas, a partir de las historias y tradiciones locales.

Hoy, querría compartir con Ustedes algunos de los elementos que conforman la base de esta orientación multidisciplinaria en Italia.

Pero no podré hacerlo sin antes haber aclarado un asunto básico que considero fundamental.

Al utilizar el prefijo *etno-* no quiero que piensen que para mí sirva a describir algo antiguo, folklórico, exótico, periférico. Viene de el idioma griego clásico, Ippocrates lo utilizaba para significar una parte de un conjunto, como un brazo es una parte, un *etnos*, de un cuerpo. De la misma forma, en *etno-psiquiatría*

¹ Conferencia magistral a el *I Congreso Latinoamericano de Etnopsicología*, Ayacucho, Perú, 4-8 Agosto 2014

² Medico, neuropsiquiatra, psicoterapeuta, Director de la escuela de especialización en etnopsicoterapia de el *Centro Studi Sagara*, www.centrosagara.it

etno- significa que, aun cuando estamos trabajando con una sola persona, que esa sea francesa de Paris, italiana de Roma, africana de un pueblito campesino, mestizo brasileño, o norteamericano de New York, nuestra mirada la ve en su particular individualidad biográfica, es cierto, pero al mismo tiempo como parte de un organismo supraindividual que la comprende: un grupo, un pueblo, un conjunto de seres humanos, de otros vivientes, de fuerzas visibles o invisibles, de ambientes específicos. La dimensión biográfica se enlaza así con la dimensión cultural, histórica y ambiental; y *psique* ya no nos aparece como una propiedad interna al individuo, sino mas bien como una dimensión mas vasta, que lo comprende.

Veremos que esta perspectiva abre a una teoría mas compleja de los seres humanos y a una practica terapéutica mas eficaz.

El titulo de mi contribución es: *de la Antipsiquiatria a la Etnopsicología y a la Etnopsiquiatria: conquistas y desafíos*. De echo, es un largo recorrido. En esta ocasión podré indicar solo unos del los pasajes fundamentales que han marcados el eje de este recorrido; los interesados podrán encontrar en la bibliografía todas las referencias útiles para profundizar unos momentos específicos.

Empecemos mirando a la psicología, psiquiatría, etnopsiquiatría con la misma mirada con la cual podemos observar a una persona, o sea como productos históricos formados en ambientes específicos, con sus propios apegos, lazos, prótesis, vínculos, promesas, ideas, proyectos.

1. Psiquiatría y psicología

Psiquiatría y psicología nacieron ambos en el corazón de la Europa entre los siglos XVIII y XIX; la psicoanálisis un poco mas tarde, entre los siglos XIX y XX, pero siempre en el mismo lugar: la Europa Central, *Mitteleuropa*. Era aquello el centro mismo de el Imperio, el lugar en el cual se producía lo que el idioma alemán indica con *Kultur*, que significa al mismo tiempo una cultura especifica y, mas en general, civilización. Fuera de aquella cultura, ninguna civilización: solamente primitivos, bárbaros (*barbaros*, en la Grecia clásica, eran los que no hablaban el Griego). Gente de creencias, no de sabiduría; de magia, no de ciencia. Gente que no conocía las técnicas y se dejaba llevar por supersticiones.

Las noticias que llegaban desde las fronteras del Imperio a cerca de “los otros” eran traídas por comerciantes, misioneros, militares y unos cuantos exploradores. Psicología (nació en los laboratorios de Wilhelm Wundt a Lipsia, con sus investigaciones cerca de la percepción y las sensaciones) y psiquiatría (fue el medico alemán Johan Christian Reil que creó la palabra en 1808) nacieron a partir del trabajo experimental y clínico y de las observaciones de europeos sobre otros europeos; pero animados por la presunción de hacer una ciencia valida para toda la humanidad, incluso para aquellos que los europeos nunca habían encontrado.

El primero que se puso el problema y trató averiguar el valor universal de su nosografía fue Emil Kraepelin, cuando viajó a Giava (1903), donde observó formas de trastornos mentales que existían solamente en aquella cultura.

Sigmund Freud construyó la psicoanálisis basándose en sus pacientes, es decir en los usos y costumbres de la burguesía intelectual de la Viena de su tiempo. A partir de su experiencia clínica construyó una antropología y una visión del mundo con pretensión universalista, a pesar de que ningún campesino de Provençia, o pastor de Corsica y tampoco ningún pescador de Bretagna, todos franceses y europeos como el; pero de otras culturas y clases sociales, en ninguna ocasión se hayan echados en su sofá.

Solamente a la mitad de el XX siglo empezaron a circular informaciones a cerca de los otro mundos (africanos, orientales, americanos) gracias a antropólogos, médicos, psiquiatras fiables y, a veces, a representantes de otras culturas que, por fin, reclamaron su propio derecho a hablar por si mismos.

2. Antipsiquiatría

A partir de estas debilidades de la psiquiatría, de sus presunciones de universalismo y de su presunta científicidad añadida como justificación de sus límites, de su violencia, de la falta de serias bases epistemológicas y de éxitos terapéuticos (que no sean puramente sintomáticos), se desarrolló a la mitad de el siglo XX y siempre en Europa una crítica feroz interna y externa a la disciplina.

Con el nombre de *antipsiquiatría* estas críticas confluyeron y se conectaron al movimiento de los años 1960-1970 en contra la cultura burguesa y el orden establecido y para la afirmación de nuevos valores, prácticas, culturas.

David Cooper, psiquiatra sudafricano, fue el primero que en el año 1967 habló en Londres de antipsiquiatría. Marxista, trabajó con Ronald Laing a una crítica radical, teórica y práctica, de la psiquiatría médica y de las instituciones manicomiales. La matriz de sus ideas y prácticas asentaban en la tradición fenomenológica y existencialista de la psiquiatría y en la sociología. Cooper y Laing crearon en Londres nuevas comunidades terapéuticas, donde se curaban psicosis sin recurrir a neuro-fármacos (Villa 21 y Kingsley Hall, la primera casa de la Philadelphia Asociación que desde 1965 hasta hoy organiza casas alternativas para pacientes con diagnóstico de psicosis y esquizofrenia). Cooper y Laing publicaron muchos libros y artículos, organizaron congresos y actividades de formación e información, siempre con perspectiva de superar la psiquiatría médica. Laing exploró también las psicosis en su interior utilizando personalmente LSD, que en los años '70 se experimentaba libremente en muchas Universidades de los Estados Unidos y Europa. Cooper, más comprometido en actividades políticas, trabajó mucho tiempo, antes del golpe militar, en Argentina.

En Italia, la crítica radical a la psiquiatría fue desarrollada en los años '70 por el grupo de Franco Basaglia, psiquiatra de Venecia de formación fenomenológica.

Basaglia, que se formó en las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones, revolucionó los hospitales psiquiátricos abriendo las puertas y transformándolos en centros para actividades sociales. Para Basaglia y su grupo, la prioridad era restituir a quienes estaban encerrados en los manicomios sus derechos humanos, antes que pensar de hacer psicoterapias. Gracias a su trabajo piloto, y al apoyo de la parte más viva y progresista del país, el Gobierno italiano aprobó la "Ley 180": la abolición de los manicomios, y la organización de una red territorial de salud mental.

Lo que hizo Basaglia ya no era más antipsiquiatría, sino "psiquiatría social". Fue al comienzo una verdadera "revolución psiquiátrica" que empezó adentro de la psiquiatría; y se transformó, al terminar el impulso del movimiento social revolucionario de la época y con la restauración de un nuevo orden y de una nueva cultura dominante, en una "reforma psiquiátrica". Durante los últimos años de su vida, Basaglia viajó mucho entre Brasil y África. Sus "Conferencias brasileñas" ofrecen una idea de su pensamiento maduro. A cuantos reclamaban un modelo ideal de salud mental, Basaglia contestaba que tal cosa no existía: estos programas tenían que originarse dentro de las especificidades de un territorio, a partir de sus problemas y sus recursos.

En primera instancia, por lo tanto, es necesario interrogar al territorio.

Ya; pero como se interrogan los territorios, y cuáles son los recursos a valorizar?

2. La contribución epistemológica de las arañas

Vamos a ver una historia, un caso clínico no de un paciente, sino de un grupo de mujeres, de un dispositivo terapéutico.

En los años '60 la sociedad italiana, y en particular aquella del Sur del País, tradicional, campesina, con un alto grado de analfabetismo, estaba viviendo una época de tumultuosa transformación.

La economía de mercado estaba destruyendo la de subsistencia, y para buscar el dinero necesario a la sobrevivencia los más validos emigraron hacia el norte de Italia o de Europa.

Ernesto de Martino, etnólogo especialista en religiones y culturas subalternas, organizó un equipo multidisciplinario (conformado por etnólogos, antropólogos, médicos, entomólogos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeros, etc.) para estudiar un fenómeno típico de una área específica (la municipalidad de Galatina) del Sur de Italia.

Durante la temporada de siega, unas mujeres campesinas experimentaban un tipo de inercia, que hoy en día los psiquiatras llamarían depresión: ya no podían trabajar, permanecían acostadas en sus camas todo el tiempo, rehusándose a llevar a cabo cualquier tipo de tarea doméstica. Estas crisis eran conceptualizadas en la cultura campesina local como el éxito de la picadura de una araña, la “tarantola”. Esta araña, comentaban, vivía en madrigueras bajo tierra, y picaba a las mujeres, obligadas a permanecer agachadas durante la siega. La cura consistía en exponer estas mujeres a un tipo de música, las “tarantelas”, hasta cuando, capturadas por uno de los motivos musicales, ellas se levantaban para bailar hasta el punto de caerse exhaustas, quedando así en un estado como de torpor. Cuando despertaban, la crisis ya estaba superada.

De Martino y su equipo estudiaron el fenómeno. Los médicos no encontraron en el cuerpo de las mujeres rastros de veneno. El médico y el psicólogo no pudieron, fuera de las crisis, encontrar elementos patológicos.

En cambio, De Martino identificó las raíces que conectaban este fenómeno con el culto de San Pablo, santo patrón de las serpientes y de las arañas. Este *culto de posesión*, era la forma cristianizada de un culto más antiguo. La tradición greca continuaba a vivir en este ritual modernizado.

Con la industrialización de los años '60 y la migración hacia el Norte, la cultura campesina se encontró desarticulada. Por falta de músicos que conocían el repertorio de las arañas, el dispositivo mítico-ritual del *tarantismo* fue desactivado. Las mujeres que todavía vivían las crisis de la araña se internaron en el hospital psiquiátrico, donde la crisis y la posesión se volvió en enfermedad. En este nuevo sistema, una mujer aislada de su mundo, a veces cuidada no por la comunidad, sino por un solo miembro de su familia, esperaba el efecto del fármaco que se le administraba. El remedio ya no era más un ritual colectivo sino un fármaco proveniente de un lugar lejano, administrado por un experto en bata blanca.

A partir de esta investigación, así como de las desarrolladas en otros contextos, De Martino pudo afirmar que el destino, o sea la forma que una dolencia todavía sin nombre es llamada a asumir, es el resultado de un diálogo entre él que está sufriendo y la respuesta del ambiente; lo que en etnopsiquiatría llamamos *función patoplastica* de la cultura (“que pone en forma la enfermedad”).

Las diferentes respuestas producen diversos efectos. Ninguna elimina de forma permanente el problema. Unas construyen comunidades, conectando los que sufren a sus grupos; otras los aíslan, integrándolos a grupos nuevos, grupos de pacientes contruidos a través de análisis estadísticas por un grupo de expertos que pertenecen a la cultura dominante, universalista, que toma como referentes a la ciencia y a sus herramientas técnicas.

Empezando por el trabajo de De Martino, y gracias también a lo que la antropología médica en Italia y en el mundo iba demostrando, fue posible empezar a pensar que en psicopatología no existe una “enfermedad natural”, como por el contrario ocurre en medicina general. Mas bien hay una dolencia matricial, genérica, a la cual las distintas culturas dan forma aprontando dispositivos idóneos a resolverlas y que determinen específicas evoluciones.

Por lo tanto la forma y el destino del trastorno psicopatológico, más que por su propia natura, dependería del tipo de respuesta que suscita en el ambiente circunstante, laico y experto. En consecuencia, la psiquiatría no sería la propietaria de una verdad naturalista de la dolencia que ella misma llama “mental”, a partir de su propia visión de la componente inmaterial del hombre. Desde una perspectiva más amplia, la psiquiatría se revela como un sistema particular entre otros, fruto de una historia específica, resultado de complejos procesos políticos, económicos, materiales, culturales y, analizándolos hoy en día, muy poco “científicos”³.

³ “Según señaló categóricamente ... que la psiquiatría no es una ciencia sino un intento de aplicación del saber científico a una realidad determinada.” (Alarcón 2011: 9)

Si todo esto es cierto, el campo de los trastornos mentales ya no es terreno solo para médicos, psiquiatras, psicólogos y enfermeros; sino para antropólogos, sociólogos y filósofos y de *las otras, distintas figuras especializadas que operan en este campo en otras culturas*: los iniciados a las “cosas escondidas”, inateriales e invisibles, que pertenecen a las varias tradiciones de sabiduría y no de ciencia. Y mas: si es el contenedor que da forma al contenido, si es la respuesta que genera el tipo de demanda, entonces la psiquiatría, la psicología, la psicoanálisis estudian y tratan algo que ellas mismas contribuyen a instituir con sus propuestas interpretativas y terapéuticas.

Si realmente así están las cosas, entonces la psiquiatría non es superior, porque ella sola detendría la palabra de verdad, a todos los otros modos de leer y curar las afecciones del componente inmaterial de los humanos.

Por consecuencia, si existe un criterio que en realidad marca la diferencia entre psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos y curanderos, sacerdotes, exorcistas y chamanes no esta en el grado de verdad “natural”, de veracidad de unos respecto a la ignorancia de los otros, o a su charlatanería; sino se encuentra en lo que las distintas teorías y los diferentes sistemas de cura *hacen hacer* a los terapeutas y a quienes acuden a ellos en busca de ayuda: en los resultados, en los efectos, en las consecuencias de sus intervenciones y de sus teorías.

Paradójicamente, la critica radical a los instrumentos y a las teorías de la psicología, psicoanálisis y psiquiatría que fue la de la antipsiquiatría de los años '60 y '70 del siglo pasado, se continua en el nuevo siglo no desde afuera de la ciencia, sino justamente desde su interior, gracias a nuevas adquisiciones, a nuevas informaciones y por el dialogo entre disciplinas biológicas y humanas; o sea por el propósito, la posibilidad y la capacidad de hacer *mas ciencia*. Dentro de esta nueva perspectiva los trabajos de algunas vanguardias operantes desde la mitad del siglo pasado y que hasta el día de hoy se habían quedado al margen de las disciplinas científicas, encuentran su máxima importancia y sentido.

3. Aprender de los otros.

Por ejemplo, en el ámbito de distintos proyectos de cooperación internacional, algunos psiquiatras y psicólogos fueron invitados a trabajar con pueblos que nunca habían tenido relaciones con Europa y sus ciencias. Los mejores entre ellos constataron la no aplicabilidad de las teorías y de las practicas psiquiátricas en estos contextos. Introducir las a toda costa producía mas daños que resultados. El caso mas celebre es el de Henri Collomb, enviado por el Gobierno francés en los años '60 en Senegal, para modernizar el Hospital psiquiátrico de Fann a Dakar. Collomb pronto se dio cuenta que imponerle el modelo medico y psiquiátrico, en el cual había sido formado, significaba introducir algo exógeno que no ayudava la resolución de la crisis. Por este motivo decidió acudir a los curanderos tradicionales, expertos locales de las “cosas escondidas”.

Con ellos construyó un Programa de Salud mental híbrido, el cual tenia como base tanto recursos de la medicina y de la psiquiatría, como de los sistemas locales y tradicionales de cura. El hospital psiquiátrico se volvió en lugar de colaboración entre médicos y curanderos; mientras que las “aldeas terapéuticas”, gestionadas conjuntamente por enfermeros y curanderos, eran el primer recurso de cura en las periferias. Para realizar este programa, Collomb y su grupo multicultural y multiétnico estudiaron en profundidad las particularidades de aquellas culturas y los saber-hacer de los expertos locales, de modo que fuera posible organizar mejores articulaciones entre los sistemas. Se trazó así un retrato apasionante que demostraba la profundidad de los sistemas de cura de curanderos y curanderas, su complejidad, pertinencia y eficacia, alumbrando con nueva luz fenómenos hasta entonces incomprensibles. En el trascurso del tiempo se definieron modelos de articulación entre distintos saberes y practicas, que optimizaban la sinergia entre distintos recursos, especializados (medicos y tradicionales) y laicos, disponibles en el territorio. Los efectos positivos de este acercamiento en términos de salud global, registrados en numerosos artículos publicados en revistas científicas y libros,

sucesivamente fueron confirmados por el trabajo del Centro de Medicina Tradicional a Bandiagara (Mali) que tuvo el honor de dirigir entre 1986 y 2001. En Senegal, un psicoanalista senegalés fue el primero en escribir un texto de psicología dinámica publicado por una importante editora en Francia, en el cual se encuentran juntas concepciones tradicionales africanas y conceptos de psicología y psicoanálisis (Ibrahim Sow, *Psicología dinámica africana*).

Por aquellos años, Georges Devereux, antropólogo y psicoanalista, trabajó por largo tiempo en Vietnam con el grupo de los Sedang moi y en California con los Mohave. Publicó los resultados de sus investigaciones e ideó una nueva metodología de investigación, la *etnopsiquiatría complementarista*.

Desde la revisión crítica de la pretensión de veracidad absoluta (*ab-soluta*: independiente de los contextos) de la psicología, psicoanálisis y psiquiatría y de la progresiva evidencia de la dignidad epistemológica y de la potencia operacional de los otros sistemas, hasta entonces tildados como primitivos o folklóricos y por lo tanto sin interés, se ha generado el actual etnopsiquiatría. *No como "psiquiatría para los otros", sino como un nuevo acercamiento a la salud mental para y por todos, que tenga en cuenta de las distintas pertenencias culturales, de los distintos sistemas de cura y de las distintas expectativas de los pacientes y de sus grupos.*

4. Etnopsicoterapia

En Italia, la que algunos han llamado "emergencia migratoria" (miles de personas que cada mes desembarcan en el Sur de Italia, provenientes del Norte de Africa y del Oriente Medio) fue la que ha impuesto la necesidad de un acercamiento multicultural a la salud y a la enfermedad. Se han abierto así espacios de enseñanza al acercamiento etnopsiquiátrico y a la clínica entopsiquiátrica y etnopsicoterapéutica.

Masters post-universitarios, cursos de formación dedicados a varios operadores interesados, permiten en un tiempo relativamente breve de favorecer la adquisición de la sensibilidad y de las herramientas necesarias a la nueva perspectiva. Escuelas para psicoterapeutas con enfoque etnopsicoterapéutico están activas, en distintos formatos, en toda Europa. En Italia tengo el honor de dirigir una escuela de etnopsicoterapia de la duración de cuatro años para médicos y psicólogo, aprobada por el Ministerio de la Instrucción, de la Universidad y la Investigación. Los operadores así formados pueden ser empleados a varios niveles en todas las situaciones donde las rutinas educativas, administrativas, sanitarias se encuentren en un impasse operativo a causa de una alteridad que no se somete a la obligación de su propia homologación.

En etnopsiquiatría ante todo se enseña una mentalidad y una manera de operar: respetando la pluralidad de las culturas, ocurre saber mediar, diplomáticamente, entre la una y la otra en los caminos de cura.

La formación en etnopsicoterapia, mucho más especializada, se fundamenta en el dispositivo clínico desarrollado en Francia por Tobie Nathan, modificado y actualizado. Se trata de un *setting* grupal, en el cual están presentes competencias y roles distintos. Bajo la dirección de un terapeuta principal que conduce la sección y la concluye con una prescripción, otros terapeutas de distintas escuelas psicoterapéuticas, o pertenecientes a otras tradiciones (como médicos y curanderos), el paciente y representantes de su grupo (familiares, amigos, líderes de comunidad), trabajan colectivamente alrededor del problema: la multiplicidad de voces se considera un recurso, porque es a través del diálogo que puede originarse una vía para la salud que hay que poner en acto y a prueba. Por eso se dice que esta psicoterapia es *democrática*.

Como regla general, el trabajo se desarrolla en la lengua madre del paciente aun cuando el paciente tiene la capacidad de expresarse en el idioma del terapeuta. Por esta razón son necesarios mediadores lingüísticos, o, mejor dicho, etnoclínicos (mediadores que han sido formados a la mentalidad etnopsiquiátrica), que faciliten la interacción del grupo con el paciente. A veces el trabajo lleva a una

prescripción que involucra el sistema formal de cura (médicos, psicólogos, psiquiatras o psicoanalistas), a veces aquello informal (sacerdotes, curanderos, adivinos), y en algunos caso a ambos.

Una aplicación particular de este tipo de dispositivo ha sido experimentada con éxito en el Centro de Medicina Tradicional de Bandiagara en Mali: un ambulatorio de etnopsiquiatría de segundo nivel, abierto a aquellos curanderos tradicionales que se encontraban en un impasse con sus pacientes. Participaban a las sesiones el curandero, su paciente y los miembros de su familia, un medico formado a la etnopsiquiatría, un antropólogo, por lo menos un interprete o mediator etnoclinico. De esta forma muy a menudo han sido evitadas hospitalizaciones en ambiente psiquiátrico con la previsible consecuente cronicizacion; y han sido recolectadas informaciones valiosas acerca de los limites operacionales de los curanderos tradicionales, y sobre las posibilidades y modalidades de articular su técnicas con aquellas medicas y psiquiátricas.

Las raíces de la etnopsiquiatría se hallan en algunos asuntos teóricos y en una específica visión del hombre en su propio mundo, que no está limitada al individuo aislado y autosuficiente, como en la sociedades modernas e ipermodernas. Al contrario, tiene en cuenta también de otras formas de pensar y de ser humanos: no monadas, sino nudos de relaciones con infinitos elementos visibles e invisibles de su mundo particular. Lo humanos deben buena parte de su propia salud y estabilidad a los apegos a estos elementos. Por supuesto, los apegos fundamentales pueden ser sustituidos por otros; por ejemplo cuando en las migraciones se busca a acculturarse a otros mundos. Pero hay maneras y maneras de lograrlo; es necesario que los cambios – en algunos radicales: metamorfosis – no hayan como consecuencia la fragilizacion o la enfermedad de la persona.

Para acompañar lealmente y eficazmente al otro en su proceso transformativo, el etnopsicoterapeuta debe saber trabajar sobre el transfert personal y cultural del paciente; pero al mismo tiempo tiene que ser consciente de su propio contro-transfert personal y cultural. Para hacerlo, su formación le enseña a estar en contacto con sus propios apegos: aquellos que pueden motivar colusiones e incompatibilidades con los del otro.

5. Psicología geopolítica clínica

Procediendo de la etnopsiquiatría del Centre Devereux de Paris, Françoise Sironi, psicóloga, psicoterapeuta, profesora de psicología clínica y patológica a la Universidad Paris 8, experta a el Tribunal de apelación de Paris y al Tribunal penal internacional del Aia, ha estudiado la psicología de las victimas y de los artífices de violencias colectivas, de guerras y conflictos, y ha definido una modalidad de intervención psicoterapéutica dirigida a los unos como a los otros. Por ejemplo, su participación como experta en el proceso internacional contra Kang Kek Ieu, llamado Duch, Khmer rojo, jefe de un campo de reclusión en Cambogia, acusado de genocidio, ha proporcionado al tribunal elementos de conocimientos preciosos sobre los dramáticos eventos que un juicio superficial hubiera podido archivar con demasiada facilidad.

Según Sironi la etnopsiquiatría es la evolución de las disciplinas de la psique en el mundo plural actual⁴.

⁴ “Con el fin de los sistemas totalitarios y la caída del imperio soviético se derrumbó la modalidad de estructuración del pensamiento según un sistema binario. El fin de la lógica de los dos bloques, este y oeste, ha puesto en la escena otra dicotomía, la oposición entre la universalidad y los particularismos. Hoy el fin de la contraposición binaria permite pensar en la multiplicidad. Ya vivimos en la era global. La coexistencia de la múltiples heterogeneidades humanas, religiosas, políticas y culturales no viene por si sola. “cuanto a la paz como posibilidad a la cual trabajan los diplomáticos”, escribe Isabelle Stengers “ el objetivo no es una distensión “mas allá de la diversidad ... es una cuestión de comunicación transversal entre instancias heterogéneas. Si será aceptada por las diferentes partes, será por razones distintas, no por una razón común que haya prevalecido mas allá de la heterogeneidad. ... es innegable que un mundo nuevo se esta construyendo. En psicología, como en otros ámbitos, debemos acrecentar la complejidad de nuestros puntos de referencias teóricos y razonar en una nueva dimensión, a un tiempo global y local. A esta altura los problemas de los seres humanos, su psicología, pueden ser comprendidos en modo mas adecuado si se integran los parámetros culturales, aquello geopolíticos y las huellas a largo plazos mercados por la violencia colectiva sobre la historia de los hombres e de los pueblos. Inscribir la psicología en el campo político, cultural e histórico contemporáneo: esto es el objetivo del nuevo rumbo de la psicología geopolítica clínica.” (Sironi 2007: 11-12)

El nacimiento y el desarrollo de la etnopsiquiatría es por lo tanto coherente con el cambio geopolítico que ha marcado, entre otros, el pasaje de la modernidad a la hipermodernidad. El particular enfoque que Sironi ha sucesivamente llamado “psicología geopolítica clínica” analiza y construye soluciones concretas relativas a las problemáticas clínicas y patológicas que surgen en los lugares conflictivos de interfaz entre mundos. Trabaja sobre traumas generados por las violencias colectivas y las profundas transformaciones contemporáneas (tecnológicas, sociales, económicas, culturales...). Para lograrlo, la etnopsicología ha tenido que interrogarse sobre cual lugar ocupa la historia colectiva en la psicología individual, sobre la relación entre vicisitudes colectivas y vicisitudes individuales aun cuando estas conciernen las anteriores generaciones. La “historia colectiva” es por el etnopsiquiatra un objeto activo que *hace hacer* a individuos y grupos. Producimos comportamientos individuales a partir de determinantes ligadas a la historia colectiva que a veces dejan huellas mayores de los acontecimientos biográficos, aun que estén a veces sepultadas en el inconsciente personal y colectivo. Las violencias psíquicas y psicológicas son poderosos marcadores psíquicos: dejan rastros que poseen un estatus mental particular. No se combinan con otros tipos de recuerdos, están dotados de su propia específica dinámica energética⁵.

6. Como conclusion provisoria...

En etnopsiquiatría, psicología, psicoanálisis y psiquiatría se consideran sistemas producidos por una específica cultura entre las otras, aquella que tiene como principal referente a la ciencia, nacida en Europa en los siglos pasados; sistemas de cura específicos, entre otros sistemas de cura (medicinas alternativas y tradicionales).

Para comprender y operar dentro las actuales sociedades complejas, originariamente multi-étnicas o tales como consecuencia de imponentes fenómenos migratorios, ocurre un acercamiento que, a pesar de incluir las disciplinas de la psique, no se queda prisionero de ellas.

Por esta razón la etnopsiquiatría que valora el encuentro entre diversidades, hoy en día parece coherente con las características del mundo que se delinea en el nuevo siglo. Ya no mas antipsiquiatría, movimiento gracias al cual hemos aprendido mucho, tanto por su crítica a la presunción universalista de la psiquiatría como por la valiosa experimentación de otras maneras, mas respetuosas y eficaces, de pensar y trabajar la locura.

Hoy día, mas que de un “anti” que liquide juntos a los errores y a los abusos de la psiquiatría sus logros y sus virtudes, necesitamos de el reconocimiento preciso de sus limites y de su principal vicio: pensar a si misma como el único modo legitimo, porque “científico”, de curar el alma, el espíritu, la psique de los humanos. Por este prejuicio, la psiquiatría pretendió por largo tiempo el derecho a juzgar y subestimar todas las otras vías a la salud, transformándose en un impedimento a la cura y al conocimiento.

Reconocer el valor de la psicología y de la psiquiatría y de sus herramientas teóricos y prácticos no significa por lo tanto disminuir la crítica a los limites y perversiones de estas disciplinas. Por ejemplo, el abuso de neurofarmacos, antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos permite, es cierto, de administrar los síntomas y de reducirlos, pero no de solucionarlos; al revés, puede hacer crónica la enfermedad.

⁵ “Ocurre a menudo que algunos pacientes sean internados en varias ocasiones en establecimientos psiquiátricos por violencias o alcoholismo, que sean seguidos por años en centros psicológicos sin resultados relevantes. Pero a veces con estos pacientes que funcionan según modalidades de pensamiento operativo, poco aptos a suscitar el entusiasmo de los terapeutas, es suficiente explorar de manera puntual los elementos de su pasado ligados a la historia colectiva (guerras, acciones militares, mundos sociales perdidos, desaparecidos...), a la historia colectiva de su familia, de sus aldeas o de su región de origen, porqué de repente se despierte otra dimensión, mas psíquica. Los comportamientos violentos asumen entonces un sentido completamente distinto por el hecho de ser articulados con un luto ideológico imposible de elaborar o con recuerdos traumáticos enquistados (encriptados) sobre un vertiente somático o evidentemente psicopático”(Sironi, op. Cit., 19)

Las nuevas herramientas de clasificación, especialmente el DSM V de la APA, pueden autorizar a la medicalización de la mayoría de las actitudes humanas, y la administración de fármacos químicos psicotrópicos a todo el mundo.

Encerradas en sus fortalezas para especialistas, psicología y psiquiatría no se interrogan, tampoco donde se desarrollaron la antipsiquiatría y la “revolución psiquiátrica”, cerca de lo que está pasando en las sociedades en sufrimiento, especialmente las hipermodernas, donde, a pesar de la difusión de la psicología, de la psiquiatría y de sus fármacos, las psicopatologías están incrementándose de manera vertiginosa.

En unos países, como en Italia, los manicomios cerrados fueron reemplazados por un “manicomio difuso” (neurofármacos para todos, microestructuras de contención repartidas en el territorio) que de hecho ha traicionado la búsqueda de una renovación de la psiquiatría italiana. Así se justifican el llamamiento a una “nueva antipsiquiatría” (Perez Soto 2012), las denuncias de los nuevos colectivos de pacientes (véase el grupo de los auditores de voces) que hoy critican a la psiquiatría y la siempre mayor circulación y popularidad de representantes de otros sistemas y otras tradiciones de cura (en Italia, ahora, un gran número que son o se dicen curanderos o chamanes, vienen de América Latina).

Siendo consciente de estos riesgos y de las derivas de las disciplinas de la psique, l’etnopsiquiatría se propone de favorecer encuentros, confrontaciones, contradictorios con los otros expertos y con los grupos de pacientes.

Necesitamos de un sistema que pueda escuchar, valorizar, hacer trabajar juntos representantes de mundos diferentes, aún en perspectiva unitaria. Tenemos mucho que aprender, uno de el otro.

El saber-hacer que nosotros los terapeutas de hoy necesitamos, tiene que ser *tendencialmente meta-cultural*: que no sea la expresión de un solo grupo y de una sola historia, si no que pueda comprender y valorizar las diferentes formas de vida, de maneras de estar en el mundo, de trabajar sufrimientos y enfermedades de los diferentes grupos humanos, de las diferentes culturas.

Bibliografia

- Alarcón Renato D. 2011 “Psiquiatria folklórica, etno-psiquiatria o psiquiatria cultural? Examen critico de la perspectiva de Carlos Alberto Seguin”, *Revista Latinoamericana de psiquiatria*, 8-15
- Basaglia Franco 2000 *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano
- Collomb Henri 1979 “De l’ethnopsychiatrie à la psychologie sociale”, *Can. J. Psychiatry*, 24, 459 - 470
- Consigliere Stefania (ed) 2014a *Mondi multipli. Vol. 1. Oltre la grande partizione*, Kaiak Ed., Napoli
- Consigliere Stefania (ed) 2014b *Mondi multipli. Vol. 2. Lo splendore dei mondi*, Kaiak Ed., Napoli
- Cooper David 1971 *La morte della famiglia. Il nucleo familiare nella società capitalista*, Einaudi, Torino, 1972
- Cooper David 1974, *Grammatica del vivere. Un’analisi di atti politici*, Feltrinelli, Milano, 1976
- Coppo Piero – Arouna Keita 1990 *Médecine Traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Edizioni E, Trieste
- Coppo Piero 1994 *Los que curan a los locos*, Atalaya, Barcelona, 1998
- Coppo Piero 2003 *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino
- Coppo Piero 2005 *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino
- Coppo Piero 2007 *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria dogon*, Bollati Boringhieri, Torino
- De Martino Ernesto 1961 *La tierra del remordimiento*, Bellaterra Ed., Barcelona 1999
- Descola Philippe 2005 *Mas allá de naturaleza y cultura*, Amorrortu Editores, Madrid, 2013
- Devereux Georges 1969 *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*, Sinthélabo, Le Plessis-Robinson, 1996
- Devereux Georges 1985 *Etnopsicanalisis complementarista*, Amorrortu Editores, Madrid, 1975
- Foucault Michel 1961 *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de cultura economica USA, San Diego, 2008
- Kraepelin Emile 1904 “Psichiatria comparativa”, *i Fogli di ORISS*, 1996, 6, 193-198
- Laing Ronald 1960 *L’io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi 2010
- Laing Ronald, 1961 *L’io e gli altri, Psicopatologia dei processi interattivi*, Rizzoli 2002
- Nathan Tobie 1994 *La influenza que cura*, Fondo de cultura economica USA, San Diego, 1999
- Nathan Tobie, Isabelle Stengers 1995 *Medici e stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica*, Bollati Boringhieri, Torino 1996
- Pisani Lelia 2007 *Nascere e crescere sull’altipiano di Bandiagara*, Armando, Roma
- Sironi Françoise 2007 *Psicopatologia de la violencia colectiva*, 451 Editores, Madrid, 2008
- Soto Perez Carlos 2012, *Una nueva antipsiquiatria*, Lom, Santiago de Chile
- Sow Alpha Ibrahim 1977 *Psychiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris
- Stengers Isabelle 1995 “Il medico e il ciarlatano”, in Nathan Tobie e Isabelle Stengers, 1996, *Medici e stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996, pp103 -144
- Stengers Isabelle 1994 “Le grand partage”, *Nouvelle Revue d’Ethnopsychiatrie*, 27, 7-19 (trad. it. in *i Fogli di ORISS* 29/30, pp 47-61, 2008)
- Stengers Isabelle 1995 “La grande partizione”, *i Fogli di ORISS*, 2008, 29-30, 47-61
- Stengers Isabelle 1977 *Cosmopolitiques. Pour en finir avec la tolérance*, La Découverte/Les empecheurs de penser en rond, Paris, 1997
- Zempléni Andras 1968 *L’interprétation de la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, tesis de tercero ciclo, Paris