

A psicoterapia transcultural: uma complexidade em ação

Claire Mestre

Julien Depaire

Sarah Daniel

É comum evocar o nome de Georges Devereux (1972/1985), inventor do conceito de complementarismo utilizado como ferramenta na psicoterapia transcultural. Essa abordagem psicoterapêutica foi concebida por Tobie Nathan (1986) e posteriormente desenvolvida por Marie Rose Moro (1998), sendo fundamentada na definição de um enquadramento grupal constituído por um terapeuta principal e coterapeutas, idealmente oriundos de diferentes horizontes culturais e linguísticos. A ética da consulta transcultural baseia-se no reconhecimento, na dignidade da reflexão e na hospitalidade na língua.

O complementarismo constitui, ainda, a espinha dorsal de nossa metodologia de cuidados psicoterapêuticos, de nossas pesquisas e de nossa reflexão: para analisar um fato, a psicoterapia transcultural requer ao menos duas referências, sendo elas a psicanálise e a antropologia.

Sem a presença de/das/dos intérprete/s profissional/is, a prática transcultural torna-se inviável quando a pessoa não fala, ou fala pouco, a língua dos terapeutas. É necessário, portanto, esclarecer os desafios da tradução linguística — que conduz a muitas outras formas de tradução.

Tradução

A articulação entre línguas e culturas se realiza por meio da tradução. Em termos concretos, a tradução inclui o trabalho do intérprete, que envolve tanto a passagem de uma língua para outra em nossas consultas, quanto a passagem de uma teoria para outra, de uma ideia para outra: ela provoca uma mudança na forma das ideias, das representações, das imagens etc. Assim, a função dos intérpretes torna-se central — eles não podem ser considerados instrumentos passivos, meros “porta-vozes”. [“truchements” em francês]. O intérprete exerce uma verdadeira função de mediador, inscrita historicamente nos encontros humanos e, em particular, na conquista de territórios através da

Claire Mestre.
Psiquiatra-psicoterapeuta e antropóloga. Dirige a consulta transcultural no CHU de Bordeaux e é presidente da Associação Ethnotopies. Coeditora-chefe da revista *L'autre: cliniques, cultures et sociétés*.
claire.mestrelavaud@gmail.com

Julien Depaire.
Psiquiatra e antropólogo, CHU de Bordeaux, membro da Associação Ethnotopies.

Sarah Daniel.
Antropóloga e doutoranda em filosofia no LLCP da Universidade Paris 8, membro da Associação Ethnotopies

colonização (Mestre, 2017). A tradução que ocorre em nossas consultas acontece de forma imediata, no calor do momento, o que impede o distanciamento e a reflexão típicos da tradução literária, caracterizando sua dificuldade e complexidade. No entanto, ela deve atender a uma exigência fundamental, não pode ignorar os efeitos de dominação relacionados à assimetria entre as pessoas envolvidas. O filósofo Souleymane Bachir Diagne refere-se a uma “*ética da tradução*” (2022, p. 33), baseada no princípio do reconhecimento e da igualdade entre os povos e suas línguas, bem como nas suas possíveis conexões. (Ibid., p. 39). Por isso, a mediação cultural é parte integrante da função do intérprete na psicoterapia. Os intérpretes criam um “*terceiro espaço*” (Ibid., p. 64), um espaço onde a fidelidade da tradução é orientada pelo contexto em que ocorre. Isso requer uma relação de confiança entre o intérprete e os coterapeutas — incluindo o respeito pelo sigilo —, bem como a possibilidade de trocas e diálogos sobre a polissemia das palavras, as formas de expressões e os discursos, além dos aspectos intraduzíveis que requerem metáforas, entre outros.

A tradução abrange tanto as línguas quanto as teorias, evitando sempre a instauração de hierarquias. O que acontece na consulta transcultural aproxima-se da etnografia do distante. [N.T.: o distante do pesquisador, geográfica e/ou culturalmente]. Por exemplo, como traduzir a ideia de possessão em Madagascar? Poderia essa ideia ser inteiramente traduzida pelo conceito psicanalítico de histeria? Não, certamente, embora possessão e histeria tenham pontos em comum (Mestre, 2001), o conceito de histeria não deve servir como uma forma de desqualificação da expressão feminina (Mestre, 2023).

Complementarismos

O complementarismo é ilustrado pelo clássico exemplo de Georges Devereux (1972/1985): a feiticeira mohave Sahaykwisa incitou seus dois amantes a matá-la. Segundo a explicação psicológica, o motivo operacional seria a autodestrutividade; já sob a ótica instrumental, sendo uma feiticeira mohave, ao ser assassinada, ela poderia perpetuar seu domínio sobre as sombras de suas vítimas, e, ao declarar-se feiticeira, seu assassinato se tornava inevitável. Os motivos operacionais e instrumentais podem se intercambiar, dependendo do ponto de vista adotado. Assim, as duas proposições seriam equivalentes em significado: suspeitar que alguém seja feiticeiro e/ou assumir o papel de feiticeiro equivalem à expressão da agressividade humana, sob a forma de projeção, inveja, ciúme, todas as variações dessa pulsão que pode assumir

formas extravagantes. Este é um exemplo de equivalência ou de termos traduzidos.

Outro exemplo, mais recente, permite aplicar a ferramenta do complementarismo.

Uma jovem da Costa do Marfim, Sita, rompeu com todas as tradições familiares ao converter-se ao cristianismo — conversão que lhe deu acesso à escola, além de recusar a mutilação genital e o casamento arranjado. Seu pai a amaldiçoa.

Ela se considera, portanto, como uma mulher que porta má sorte, sobretudo por ter sido vítima de inúmeras violências — entre elas, um estupro — e por ter tido seu pedido de asilo negado. A maldição do pai faz eco com seus infortúnios, ainda que, graças à psicoterapia, a recuperação da confiança em si mesma lhe permita atenuar a sentença patriarcal — vivida como injusta —, embora não consiga fazê-la desaparecer. Aqui, duas interpretações se colocam em complementaridade: Sita foi amaldiçoada pelo pai por desobedecê-lo, e, assim, está condenada ao fracasso. Sita está presa em uma lógica de repetição de infortúnios, influenciada pelas violências vividas e pela dominação patriarcal. Sita pensa segundo a lógica da maldição e desespera-se por não conseguir o perdão paterno; nós¹, por nossa vez, adotamos a segunda lógica, o que nos permite continuar ajudando-a e incentivando sua agentividade² para afrouxar as garras da subordinação.

No exercício da tradução, o grupo terapêutico e o/a paciente esforçam-se por traduzir o jogo das forças invisíveis presentes — em especial a feitiçaria transfronteiriça — em uma narrativa e uma historicização de si mesmos, capazes de desativar e inverter esse domínio, assumindo uma posição ativa diante da repetição do infortúnio e da opressão.

Existe, ainda, uma outra forma de entender o complementarismo. Aquela que permite articular o nível individual e o coletivo, segundo François Laplantine (2007). Assim, as referências mobilizadas são múltiplas: a psicanálítica em articulação com a antropologia, a psicotraumatologia, a geopolítica, a história, a linguística, entre outras, dependendo das situações. Essa abordagem possibilita contextualizar os discursos — tanto de/das/dos paciente/s quanto de terapeutas — levando em conta as restrições externas, por vezes violentas, de modo a não responsabilizar as vítimas.

Nos alinhamos com o que Thamy Ayouch chama de “*psicanálise menor*”, que se hibridiza, tomando emprestado a linguagem de outros campos disciplinares (2018), aceitando não ocupar uma posição totalizante e mantendo uma postura crítica em relação aos próprios

1 “Nós” é o grupo terapêutico que acolheu Sita: a terapeuta principal (Claire Mestre) e uma coterapeuta médica, além de estagiários psicólogos.

2 O conceito de agentividade designa, segundo o psicólogo americano Albert Bandura, a capacidade dos indivíduos de serem agentes ativos de sua própria vida, ou seja, de exercer controle e regulação sobre seus atos. <https://psychomedia.qc.ca/lexique/definition/agentivite>.

conceitos. Esse distanciamento crítico permite historicizar os conceitos, evitando considerá-los eternos, possibilitando sua reelaboração (Mazurel, 2021; Delanoë et al., 2023)³.

Diálogo com as questões de gênero e de *care*⁴

Esse diálogo é fundamental para analisar a situação das pessoas mais vulneráveis acolhidas em nossas consultas: as mulheres migrantes, e, em particular, as mulheres exiladas. Elas enfrentam múltiplas formas de violência, que se intensificam neste século XXI, seja em conflitos armados, em contextos sociais, geopolíticos ou climáticos que as obrigam a partir, e até mesmo na França, país cujas políticas migratórias também geram violências. Diante dessa globalização das violências e da constante militarização das sociedades humanas, a/o/as/os profissional/is que atuam junto a mulheres migrantes se deparam com grandes desafios que exigem resistência e um forte engajamento humano. Há anos, a equipe de consulta transcultural vem observando um aumento na presença de mulheres entre as populações que acolhe e acompanha: constatamos a onipresença da violência — em particular da violência sexual — em suas vidas. Na luta contra essas violências, diversos fatores têm impulsionado o engajamento profissional e institucional da equipe, que se concretizou na criação de um projeto centrado nas mulheres: a abertura de uma consulta transcultural exclusiva para mulheres vítimas de múltiplas violências⁵.

Os desafios são enormes: como garantir um ambiente de acolhimento e reconstrução quando os procedimentos de proteção não são, ou são muito pouco, aplicados? Como ajudar na compreensão dos sofrimentos, quando as violências vividas pelas mulheres não são, ou são muito pouco, consideradas pelas instituições? Como acompanhá-las em seus percursos enquanto mães? Em que alicerces terapêuticos nos apoiar diante da complexidade das violências e dos processos de vulnerabilização das mulheres em exílio (administrativos, sociais e políticos)? Essas reflexões podem ser abordadas de diversas maneiras. Propomos dois conceitos feministas: interseccionalidade e *care*.

As teorias interseccionais, nascidas fora da Europa, são fruto das teorias feministas que destacam os pontos de intersecção entre gênero, raça e classe, permitindo uma compreensão mais aprofundada das experiências de violência vividas por todas as mulheres — especialmente por aquelas mais marginalizadas (Crenshaw, 1991). Essas teorias precisam ser repensadas no contexto francês (Vergès) que possui uma

3 Veja também o seminário coorganizado por Daniel Delanoë et Claire Mestre “Les dominations, un impensé de la psychanalyse?”, organizado no âmbito da AIEP (Associação Internacional de Etnopsicanálise), <https://aiep-transculturel.com/les-dominations-un-impensé-de-la-psychanalyse>.

4 N.T.: No original, em francês, a autora usa “*care*”, diferenciando de “*soin*” (cuidado). *Care* é uma ética do cuidado relacional, originada de teorias feministas, centrada na interdependência e na atenção às vulnerabilidades.

5 À qual se juntou progressivamente um acompanhamento social através da mediação cultural e, recentemente, a implementação de um grupo de cuidados, intitulado Articulação, e de grupos de fala transcultural, chamado Bate-Papo (conversa, em português).

história diferente em relação às populações de “cor” — marcada pelo colonialismo — e um enquadramento político nacional também distinto. Na história de vida das mulheres exiladas, há violências exercidas por serem mulheres — como o casamento forçado, o incesto, o estupro conjugal, a recusa de escolarização, entre outras — e também por exercerem papéis sociais considerados transgressores (por exemplo: líder política, intelectual, chefe espiritual, entre outros). A expressão “*perseguições de gênero contra mulheres*”, de Jane Freedman e Jérôme Valluy (2007), expressa esse duplo fator que afeta as mulheres no exílio.

Em nossas consultas, observamos que as mulheres, especialmente as negras, estão sujeitas a múltiplos sistemas de dominação relacionados às suas interações com as instituições e às possibilidades limitadas de proteção administrativa e aos preconceitos raciais e culturais por parte dos profissionais de saúde e assistentes sociais. Ao mesmo tempo, frequentemente enfrentam situações inéditas de solidão, de violências sexuais e da responsabilidade de criar filhos sozinhas. As respostas sociais e administrativas não levam em consideração, sobretudo, os percursos migratórios extremamente arriscados. Considerar a multiplicidade das formas de violência, permite ajustar nossa intervenção terapêutica, iniciando por oferecer um espaço de fala — e, portanto, de reflexão —, mesmo diante da restrição de direitos que muitas vezes as exclui da cidadania.

O *continuum* migratório de violências acarreta importantes consequências para a saúde física e psicológica, bem como para as relações sociais e os vínculos de humanidade, principalmente devido aos processos de dominação (Jamouille, 2021) e desumanização. No entanto, apesar das experiências extenuantes ou até traumáticas, as mulheres que acolhemos são sobreviventes da violência. Recorrer ao diálogo vítima/sobrevivente é também uma escolha em nossa prática clínica: reconhecer suas condições de vítimas de violência — e, assim, sua necessidade de proteção e cuidado —, mas também reconhecer que aquelas que chegaram à França, que cruzaram a porta das associações, mobilizaram recursos para permanecer vivas: são sobreviventes no sentido de manter uma força vital!

O conceito de *care*, também originário do exterior, consiste em tomar a relação mãe-filho como paradigma da relação de interdependência e reciprocidade (Piterbraut-Merx, 2024). De fato, aquilo que fortalece positivamente essa relação — de afeto e de adaptação recíproca — serve como modelo para as relações profissionais com mulheres em situação de grande vulnerabilidade. Isso exige uma relação sutil de cuidado que requer uma competência reflexiva de nossa parte e a análise de uma contratransferência cultural. Um dos períodos de maior vulnerabilidade

é o nascimento de uma criança no exílio, o que nos leva a refletir sobre as práticas de cuidado e de maternagem voltadas para a produção e reprodução da vida dentro de uma cultura compartilhada. Essa política de *care* nos incentiva a buscar formas de construir uma cultura de relacionamento que possa ser compartilhada desde o nascimento de um bebê — uma cultura a partilhar, um misto da cultura deles e da nossa, levando em conta as múltiplas vulnerabilidades linguísticas, sociais, administrativas, entre outras.

Partimos da hipótese da existência de “suportes socioculturais” que atuam como alavancas de sobrevivência e de reconstrução das mulheres. Por exemplo, os suportes relacionados ao coletivo permitem reconectar as mulheres sobreviventes de violência à comunidade humana, por meio de sua função de afiliação e pertencimento a um grupo social (família, comunidade, grupos de mulheres, grupos terapêuticos, entre outros). Também nos interessam os suportes socioculturais ligados ao sagrado e à religião, que podem reconectar as mulheres sobreviventes à comunidade humana através da sua função de proteção e de transmissão. O nascimento de crianças nos levou a criar outras comunidades de maternagem, por meio de oficinas de acolhimento do recém-nascido e oficinas de leitura compartilhada e de música.

Diálogo com a história

Como destacamos, a ferramenta do complementarismo mobiliza tanto uma leitura individual quanto uma leitura coletiva das situações clínicas que encontramos em nossas consultas. Assim, precisamos inserir os aspectos mais íntimos da vida de/das/dos nossa/o/s paciente/s em um contexto histórico e político. É claro que nenhuma forma de vida afetiva — composta por emoções, paixões, sofrimentos e sentimentos — existe em total isolamento no mundo que a acolhe. Embora o senso comum às vezes relegue a história a algo que acontece “*fora*” ou “*ao redor*” do indivíduo, em vez de “*dentro*” ou “*no fundo*” dele, somos testemunhas de como a história e a esfera social deixam marcas no sujeito, tanto em seu corpo quanto nas profundezas de sua alma. Ou seja, não apenas em seu consciente, mas também em seu inconsciente. Nesse sentido, Hervé Mazurel (2021) nos lembra que o psiquismo não é uma invariante universal, a-histórica ou trans-histórica, constituída de forma imutável pelas mesmas estruturas ao longo do tempo, como se estivesse “*além*” do social e do histórico. Pelo contrário, à medida que as crianças crescem e se socializam, interiorizam o mundo no mais profundo do seu ser; esse mundo é produto de uma longa história social, sedimentada no interior de cada um. Uma história tanto reconhecida, clara e visível, quanto silenciosa, noturna e oculta.

Dentro dessa perspectiva, para refletir sobre a clínica em diálogo com a história, é necessário investigar a evolução e a transmissão dos grandes momentos de violências coletivas. Diante dos grandes traumas da história, como o Holocausto, o genocídio em Ruanda, e, atualmente, a guerra colonial na Palestina, o que podemos dizer hoje sobre a herança desses traumas coletivos no psiquismo humano? Como é possível, para as pessoas que encontramos e para nós mesmos, sermos marcados por uma história coletiva que não é, diretamente, a nossa? De que forma esses traumas históricos são transmitidos e continuam ativos sob a forma de um “*passado que não passa*”? Como mostraram Françoise Davoine e Jean Marc Gaudillière (2006) e Stéphane Audoin-Rouzeau, Emmanuel Saint-Fuscien e outros autores (2022), essas questões envolvem explorar as consequências da guerra e das violências históricas coletivas para além daqueles que as viveram — interrogando o peso dos silêncios, das lacunas, das ausências, e a transmissão da dor psíquica através das gerações, nesse cruzamento de trajetórias individuais e coletivas.

Por outro lado, ligar a intimidade do sujeito à história, é também reposicionar as vivências de nossos pacientes no contexto de um longo período marcado por relações de dominação anteriores. Em nossas consultas, encontramos regularmente pacientes provenientes de países do Sul Global, em particular de antigos territórios colonizados na África. Assim, é fundamental situar a nossa prática de cuidado em um diálogo histórico-político, na medida em que o exercício do poder e da violência — tanto do presente quanto do passado — infiltra-se na clínica sob a forma de vestígios e fragmentos. Nesse sentido, entendemos o racismo como um fator central, resultado de uma história coletiva, com efeitos prolongados sobre os sujeitos que são vítimas e/ou sobreviventes — aqueles que hoje chamamos de sujeitos “*racializados*”. O racismo não é somente uma ideologia sistemática de rejeição explícita, mas é também um não-dito, um tabu que deve ser escutado nas entrelinhas da clínica — nas palavras de/das/dos nossa/o/s paciente/s, assim como nos silêncios e nas relações implícitas (Depaire, Thieblin, Mestre, 2024). Frantz Fanon (1952) destaca o papel do olhar que estabelece imediatamente um “*esquema epidérmico racial*” e cristaliza uma relação histórica e política em qualquer interação entre o homem negro colonizado e o homem branco dominante. Encarar o olhar do homem branco para uma pessoa de cor escura é tanto uma experiência comum, quanto uma questão decisiva a ser considerada na clínica e em nossas práticas de cuidado aos exilados (Mestre, 2025). Como não levar em conta a diferença de cor da pele como um potencial fator inicial no encontro? Que exercício de poder ela revela? Que passado evoca para o paciente e para o terapeuta? Que ressonâncias

e posições ela impõe? Que mal-estar latente se insinua na relação, mesmo quando o terapeuta busca manter uma postura de não-saber e de não-poder sobre o Outro? Se o olhar não é neutro, negar diferença não ajuda em nada e não pode ser reduzida a uma questão individual. O racismo, enquanto instrumento de dominação, permanece como um recalçamento social enraizado nas estruturas, nas mentalidades e nas instituições

Essas são, portanto, as nossas práticas de cuidado transcultural: interpretar as violências do presente e as contradições atuais da nossa sociedade como frutos de um passado que não constitui um ponto de ruptura claro e definitivo, mas sim como vestígios daquilo que permanece problemático ao longo do tempo, algo que “retorna” e “remói”. Roberto Beneduce descreve esse questionamento perpétuo dos vínculos de causalidades históricos como a “vida psíquica da história” (2012). Mesmo que tais vínculos permaneçam opacos e complexos, eles formam, hoje, no espaço pós-colonial, um conjunto de nós não resolvidos que parecem resistir obstinadamente a qualquer tipo de esquecimento. É no cerne dessa leitura dinâmica da memória — entendida como *presente do passado*⁶ — que se articula uma prática social e terapêutica: recusar-se ser determinado apenas pelo passado e manter um projeto mais amplo de reconhecimento, que escape à oposição entre história e psiquismo, para dar lugar a um pensamento político do cuidado.

Conclusão

O pensamento complexo, tão caro a Edgar Morin (2005), é, portanto, a ferramenta da psicoterapia transcultural: uma psicoterapia dialógica, ou seja, em diálogo com a antropologia e outras ciências humanas que não teme a contradição na articulação das teorias e das ideias. Trata-se de uma psicoterapia que se inscreve em uma etnopsicanálise crítica (Mestre e Moro, 2011), cujo objetivo é dismantlar as relações de poder que se infiltram na clínica — seja porque o paciente está preso em uma teia de relações de força que restringem sua fala, seja porque a relação entre terapeuta — a/o/as/os paciente/s — a/o/as/os impaciente/s acaba reproduzindo essas mesmas relações de poder sem que ninguém se dê conta.

Concebemos essa prática no contexto do trabalho em equipe, o que possibilita uma escuta atenta, desafiando ao máximo as hierarquias e as discriminações, analisando as contratransferências culturais

6 Conforme Santo Agostinho (354-430/1994), *Les Confessions*, p. 269.

e históricas (Delanoë e Moro, 2016). As questões a serem trabalhadas são numerosas: o racismo é institucional ou individual? A diferença entre homem e mulher é determinada por um destino biológico e/ou pela tradição? Como articular a violência, especialmente aquela contra as mulheres, sem refletir sobre as hierarquias que pesam sobre elas? O pensamento não exige condições para se pôr em movimento, envolvendo não apenas a capacidade de mentalização, mas também nossa hospitalidade na língua, nossos referenciais de cuidado? Inúmeras são as questões que se entrelaçam com a fala frágil de nossa/o/as/os paciente/s — impaciente/s.

Os traumas causados intencionalmente estão no centro de nossa prática. Não há definições completamente estáveis do que é um trauma, nem dos cuidados “mágicos” e imediatos para sua resolução. A questão que se coloca, para além do alívio imediato de sintomas invasivos, é: qual será o destino dos traumas vividos? De fato, no que diz respeito ao trauma — um conceito que emergiu como diagnóstico médico e psicológico, bem como uma questão política e social —, é importante pensá-lo também como algo que se encrava na vida de nossos pacientes/impacientes, evoluindo junto às práticas terapêuticas oferecidas e os encontros diversos que elas/ eles terão. Os psicotraumas na forma como foram vividos representam a história de uma vida inteira.

Trata-se também de escutar as dores e as palavras de nossa/o/as/os paciente/s — impaciente/s em ressonância com o que vivemos como cidadãos, atentos aos ruídos do mundo e aos seus sobressaltos. A análise de nossas contratransferências culturais, assim como o aprendizado da impotência e da contenção, constitui uma exigência ética que não pode prescindir de uma reflexão coletiva no seio da equipe. Além disso, temos o compromisso de fazer com que suas memórias se integrem a uma memória compartilhada, e que suas palavras se transformem em falas públicas, ainda que adaptadas e tornadas coerentes. As manifestações coletivas que organizamos por meio de expressões artísticas nos incentivam a fazer emergir as vozes de nossa/o/as/os paciente/s — impaciente/s na sociedade, permitindo-lhes participar mesmo que modestamente da nossa vida coletiva.



Tradução Sandra Maria Gonçalves

Resumo A clínica transcultural é uma prática contemporânea que articula clínica e antropologia para melhor compreender e acolher pessoas e famílias que migraram de um país para outro, que falam várias línguas ou possuem diferentes formas de compreender a doença, a fala e o cuidar. Trata-se de um dispositivo que valoriza as línguas dos pacientes, a tradução, suas representações e seus modos próprios de constituir família. Leva em conta também que essas famílias e grupos sofrem discriminações, como todas as minorias, sendo necessário combater isso para promover mais igualdade e equidade, tanto no acesso aos cuidados psíquicos e em sua eficácia quanto na sociedade em geral. Essa técnica psicoterapêutica pode ser aplicada a todas as minorias e a todas as famílias, venham de onde vierem, incluindo as famílias mistas ou pluriculturais.

Palavras-chave transculturalidade, etnopsicanálise, famílias, equidade, acesso aos cuidados psicoterapêuticos, tradução, multiculturalismo

A cross-cultural clinic that cares for families and groups regardless of culture

Abstract Transcultural clinical practice is a contemporary approach that brings together clinical work and anthropology to better understand and support individuals and families who have migrated from one country to another, who speak multiple languages, or who hold different views on illness, language, and care. It is a framework that places significant importance on patients' languages, translation, their representations, and their ways of creating and living family life. It also acknowledges that these families and groups, like all minorities, are subject to discrimination, and that fighting against such inequalities is essential, both to ensure fair and effective access to mental health care and to promote equity within society as a whole. This psychotherapeutic approach can be applied to all minorities and all families, regardless of origin, including mixed or multicultural families.

Keywords transcultural, ethnopschoanalysis, families, equity, access to psychotherapeutic care, translation, multiculturalism.

Une clinique transculturelle qui a le souci de la famille et du groupe quelque soit la culture

Résumé La clinique transculturelle est une manière de faire contemporaine qui allie Clinique et anthropologie pour mieux comprendre et mieux soigner les personnes et les familles qui ont migré d'un pays à l'autre, qui ont plusieurs langues ou plusieurs manières de penser la

maladie, la parole ou les soins. C'est un dispositif qui donne une place importante aux langues des patients, à la traduction, à leurs représentations et à leurs manières de faire familles. Elle intègre aussi le fait que ces familles et ces groupes subissent des discriminations comme toutes les minorités et qu'il faut lutter contre cela pour plus d'égalité et d'équité aussi bien dans l'accès aux soins psychiques et à leurs efficacité que dans la société. Cette technique psychothérapique est applicable à toutes les minorités et toutes les familles d'où qu'elles viennent y compris les familles mixtes ou pluriculturelles.

Mots-clés transculturel, ethnopsychanalyse, familles, équité, accès aux soins psychothérapiques, traduction, multiculturalisme

Referências

- Ayouch, T. (2018). L'hybride, le psychique et le social: pour une psychanalyse mineure. K. *Revue trans-européenne de philosophie et arts*, 1(2), 106–123.
- Audoin-Rouzeau, S., & Saint-Fuscien, E. (2022). La guerre transmise. *Revue Sensibilité*, 10, 8–9.
- Beneduce, R. (2012). La vie psychique de l'Histoire. Fanon et le temps fracturé de la mémoire. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 13(3), 273–284.
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Davoine, F., & Gaudillière, J.-M. (2006). *Histoire et traumatismes: La folie des guerres*. Stock.
- Delanoë, D., & Moro, M.-R. (2016). Les rapports sociaux dans le transfert culturel, essai de problématisation. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 17(2), 203–211.
- Delanoë, D., Mestre, C., & Minassian, S. (2023). Penser les dominations en clinique. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 24(1), 4–8.
- Depaire, J., Thieblin, S., & Mestre, C. (2024). Les mots du racisme. *Journal des psychologues*, 410(3), 40–45.
- Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion. (Trabalho original publicado em 1972)
- Diagne, S. B. (2022). *De langue à langue. L'hospitalité de la traduction*. Edition Albin Michel.
- Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Éditions du Seuil.
- Freedman, J., & Valluy, J. (Eds.). (2007). *Persécutions des femmes: savoirs, mobilisations et protections*. Editions du Croquant.

- Jamouille, P. (2021). *Je n'existais plus: Le monde de l'emprise et de la déprise*. La découverte.
- Laplantine, F. (2007). *Ethnopsychiatrie psychanalytique*. Beauchesne.
- Mazurel, H. (2021). *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*. La découverte.
- Mestre, C. (2001). De la possession à l'hystérie, conversion médicale dans un hôpital malgache. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 2(3), 495-508.
- _____. (2017). Naissance de l'hospitalité dans la langue. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 18(3), 380-387.
- _____. (2023). L'hystérie à Madagascar: une invention coloniale? *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 24(1), 69-78.
- _____. (2025). Le racisme après Frantz Fanon. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 26(1), 4-8.
- Mestre, C., & Moro, M. R. (2011). L'intime et le politique. Projet pour une ethnopsychanalyse critique. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 12(3), 263-272.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Le Seuil.
- Moro, M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Dunod.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.
- Piterbraut-Merx, T. (2024). La domination oubliée: Politiser les rapports adulte-enfant. In *Blast* (pp. 141-159).
- Santo Agostinho. (1994). *Les Confessions* (J. Trabucco, Trad.). Garnier Flammarion. (Trabalho original publicado em 354-430)

DOI
10.5935/0101-3106.v47n80.18