



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 15 – Otoño-invierno 2011

Área 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales (España) y **Centro Studi e Ricerche José Bleger, Scuola di Prevenzione** (Italia) hemos suscrito el "Manifiesto a favor de una psicopatología clínica, que no estadística", promovido desde [STOP DSM](#), Barcelona.

A continuación se presentan los textos del Manifiesto, en español e italiano, precedidos de dos textos introductorios en ambos idiomas.

Si bien la saludable aparición de este Manifiesto responde a la próxima publicación de la nueva clasificación norteamericana la DSM-V, los redactores del Manifiesto tratan de ir más allá en el necesario proceso de crítica de las tendencias en la asistencia a la enfermedad mental actual. Si bien, el sobredimensionamiento diagnóstico, la multiplicación de los trastornos, la supuesta neutralidad teórica del Manual, no es más que uno de los eslabones básicos sobre el que luego se construyen lógicamente otros, como GPC, Tratamientos estandarizados basados en la Psiquiatría basada en la Evidencia, bibliometría como modo de evaluar los curriculums de asistencia e investigación.

La DSM V da una vuelta de tuerca más en una estrategia cuya característica central consiste en tratar de reducir el hecho psíquico a una lógica biomédica. Es producto y principal factor de reproducción de un modelo asistencial dominado por la razón instrumental donde los seres humanos son convertidos en cosas. Instituye una concepción del hombre que elimina la reflexión subjetiva sobre el propio malestar, sobre los propios conflictos, sobre el propio dolor psíquico, sobre la relación de dicho dolor con la historia del individuo y con el contexto (micro y macrosocial) en el que uno vive. Aunque más que una estrategia diseñada por alguien, podría considerarse según la feliz expresión de E. Lizcano como una "metáfora que nos piensa", como un pensamiento único en el que convergen distintos intereses: el interés de la industria farmacéutica, el interés académico (al menos en este país), y el interés de los nuevos gestores de los servicios asistenciales.

Estas clasificaciones son a menudo presentadas únicamente sobre el registro de la racionalidad instrumental dirigidas a una búsqueda de eficacia o de consenso, como si sus promotores no tuvieran ningún otro objetivo (político) para su puesta en marcha. Agamben las llamaría dispositivos, que se presentan a sí mismos como ateóricos y neutros, que funcionan a modo como funcionaban los Estatutos de Limpieza de Sangre en la Edad Media, para eliminar otros enfoques, otros modelos como aquellos que reivindican el psiquismo en el campo de la salud mental. Asistimos a lo que los institucionalistas llamaban el efecto Barbier, que en resumen designaría el hecho de que algunas teorías pueden encontrarse olvidadas, dejadas de lado, aunque sean operativas en un campo específico, y como resultado de esta ignorancia y de una posición de fuerza ser excluidas del campo en cuestión.

Las razones de su aceptación acrítica son diversas, es fácilmente aceptado por los profesionales, ya que satisface una necesidad profunda del ser humano de tener un control sobre la realidad, angustia arcaica tanto más fuerte cuanto la realidad es más compleja y cargada de incertidumbre, como es el caso cuando hablamos del sufrimiento. Son tanto más satisfactorias si permiten ilusionarse con actuar con una cierta eficacia, recompensa de la que surge a veces una conducta obsesiva de fabricar más y más trastornos.

Tienden a reducir la práctica profesional a una aplicación sobre el paciente de un enunciado, donde todo rasgo del sujeto de la enunciación desaparece. Excluye la posibilidad de pensar y sentir en la práctica asistencial. Desresponsabiliza al sujeto, privándolo de la posibilidad de apropiarse de su práctica como individuo o profesional. Los enfrentamientos ideológicos, los debates teóricos y los conflictos intersubjetivos son sistemáticamente evitados, por la racionalidad procedimental. Produce profesionales (sujetos) que no encuentran posibilidades de pensamiento y acción, quien no se somete es considerado un imbécil que es necesario educar, dando lugar a un pensamiento único.

Este modo en el que la psiquiatría y la psicología tratan al enfermo, al desviado, al anormal, revela la sustancia ética de esta cultura. Deshumanizando el paciente, deshumanizando los cuidados, es nuestra propia humanidad la que está en riesgo de ser negada.

Antonio Tari

Nonostante la presentazione di questo Manifesto sia la risposta alla prossima pubblicazione della nuova classificazione DSM-V, proveniente dall'America del Nord, gli autori del Manifesto vogliono andare oltre al dovuto processo di critica delle tendenze dell'assistenza all'attuale malattia mentale.

L'eccessiva quantità delle diagnosi, la moltiplicazione dei disturbi, la supposta neutralità del Manuale, ... non formano altro che uno degli anelli basici della catena, dal quale poi si costituiscono in maniera logica gli altri, come GPC, Trattamenti standardizzati basati sulla Psichiatria basata sull'Evidenza, bibliometria come modo di valutare i curriculum di assistenza e di ricerca.

La DSM V avanza all'interno di una strategia la cui caratteristica centrale consiste nel tentare di ridurre il fatto psichico a una logica biomedica. Questo è il prodotto e il fattore principale della riproduzione di un modello assistenziale dominato dalla ragione strumentale, dove gli essere umani sono ridotti a cose. Instituisce una concezione dell'uomo che elimina la riflessione soggettiva sul proprio malessere, sui propri conflitti, sul proprio dolore psichico, sul rapporto che ha questo dolore con la storia dell'individuo e con il contesto (micro e macrosociale) nel quale uno vive. Anche se, più che una strategia ideata da qualcuno, si potrebbe considerare, secondo una felice espressione di E. Lizcano, come una "metafora che ci pensa", come un pensiero unico nel quale convergono diversi interessi: gli interessi dell'industria farmaceutica, gli interessi accademici (per lo meno in questo paese), e gli interessi dei nuovi gestori dei servizi assistenziali.

Spesso queste classificazioni vengono presentate unicamente sul registro della razionalità strumentale, dirette a una ricerca di efficacia e di consenso, come se i loro promotori non avessero nessun altro obiettivo (politico).

Agamben le chiamerebbe dispositivi, che si presentano sia empirici che neutri, che funzionano sul modello di funzionamento degli Statuti di limpeza de sangre del Medioevo, per eliminare altri punti di vista, altri modelli come quelli che rivendicano lo psichismo nel campo della salute mentale.

Siamo davanti a quello che gli istituzionalisti chiamavano l'effetto Barbier, che, in sintesi, ammette che alcune teorie possano essere lasciate da parte, nonostante siano operative in un campo specifico, e come risultato di questa ignoranza e di una posizione di forza, vengono escluse dal campo in questione.

Sono varie le ragioni che portano ad accettare in modo acritico tutto questo, i professionisti non fanno fatica ad accettarlo, visto che compie una necessità profonda dell'essere umano di esercitare il controllo sulla realtà, che è una angoscia arcaica, che è tanto più forte quanto più la realtà è complessa e carica di incertezza, come quando parliamo della sofferenza.

Soddisfano molto di più se permettono l'illusione di poter agire con una certa efficacia, ricompensa dalla quale sorge alle volte un comportamento ossessivo che tende a generare sempre più disturbi. Tendono a ridurre la pratica professionale all'applicazione di un enunciato su un paziente, nella quale sparisce ogni traccia del soggetto dell'enunciazione. Esclude la possibilità di pensare e di provare qualcosa nell'ambito della pratica assistenziale. Desresponsabilizza il soggetto, lo priva della possibilità di fare propria la sua pratica come individuo o professionista. La razionalità del procedimento evita sistematicamente gli scontri ideologici, i dibattiti teorici e i conflitti tra i soggetti. Produce dei professionisti (soggetti) che non hanno possibilità di pensare e di agire, chi

non si sottomette viene considerato un imbecille che deve essere educato e si genera un unico pensiero.

La psichiatria e la psicologia, trattando in questo modo il malato, il deviato mentale, l'anormale rivelano la sostanza etica di questa cultura. "Disumanizzando il paziente, disumanizzando le cure, la nostra stessa umanità rischia di essere negata".

Antonio Tari

Traducción : Ilaria Folli

*Il Centro Studi e Ricerche Josè Bleger, Scuola di Prevenzione, condivide la campagna partita da Barcellona per una psicopatologia non statistica (della quale pubblica, in calce, il **Manifesto** tradotto). Il DSM è un codice di classificazione che raggruppa sintomi in sindromi cliniche. L'idea di fondo è il riduzionismo biologico che a sua volta è una condizione necessaria per l'industria farmaceutica. In fatti i farmaci hanno bisogno di indicazioni precise e non vaghe. Tuttavia la clinica dimostra che l'efficacia di un trattamento psicofarmacologico è una efficacia simbolica. L'efficacia reale è sempre subordinata all'efficacia simbolica.*

L'efficacia simbolica è in relazione ad un codice che attribuisce significati a significanti. Il DSM è un tentativo imperiale di costruire un unico codice planetario per i "Disturbi psichici". Questo tentativo è fallito, riesce solamente a fornire una ampia base di nomenclature psichiatriche per i farmaci che non risolvono le "malattie" Proprio perché le "malattie psichiche" non sono entità concrete da collocare nell'encefalo o nella trasmissione molecolare. Sì, sono anche questo, ma la malattia non si identifica con il malato, ma le sue concatenazioni si espandono nei vari ambiti, da quello individuale a quello familiare/gruppale a quello istituzionale, a quello comunitario. Sino all'ambito globale.

E come questo ultimo ambito planetario, ci influenzi è sotto gli occhi di tutti, con la crisi iniziata nel 2008 e ancora in corso. Immaginare la salute mentale è il nostro compito, non la catalogazione e la psichiatrizzazione del disagio sociale per controllarlo meglio, per questo abbiamo bisogno di una pluralità di linguaggi ed una molteplicità di codici. Non usciremo dalla crisi se non aumentando la biodiversità e valorizzando le differenze. la salute mentale sta nella molteplicità dei coici culturali del pianeta che hanno la possibilità di ricombinarsi in momenti specifici in gruppi operativi che lavorano sui compiti che li hanno convocati. Questa pluralità di gruppi, questa molteplicità di codici è lo sviluppo possibile della biodiversità e definisce l'orizzonte di una comunità che viene.

Leonardo Montecchi

El Centro de Estudios e Investigación José Bleger, Escuela de Prevención, comparte la campaña iniciada en Barcelona, por una psicopatología no estadística (de cuyo Manifiesto sigue traducción a continuación de estas líneas). El DSM es un código de clasificación que reagrupa síntomas y síndromes clínicos. La idea de fondo es el reduccionismo biológico que, a su vez, es una condición necesaria para la industria farmacéutica. En efecto, los fármacos necesitan indicaciones precisas y no vagas. Sin embargo, la clínica demuestra que la eficacia de un tratamiento psicofarmacológico es una eficacia simbólica. La eficacia real está siempre subordinada a la eficacia simbólica.

La eficacia simbólica está en relación a un código que atribuye significados a significantes. El DSM es un tentativo imperial de construir un único código planetario para los "Disturbios psíquicos". Este tentativo ha fracasado, llega solamente a facilitar una amplia base de nomenclaturas psiquiátricas para los fármacos que no resuelven las "enfermedades", justamente porque las "enfermedades psíquicas" no son entidades concretas que se ubican en el encéfalo o en la transmisión molecular. Sí, son también esto, pero la enfermedad no se identifica con el enfermo, sino que sus concatenaciones se expanden en los diversos ámbitos, desde el individual al familiar/grupal, al institucional, al comunitario. Hasta el ámbito global.

Y cómo nos influye este último ámbito planetario está ante los ojos de todos, con la crisis iniciada en 2008 y todavía en curso. Imaginar la salud mental es nuestra tarea, no la catalogación y la psiquiatrización del malestar social para controlarlo mejor, para ello necesitamos una pluralidad de lenguajes y una multiplicidad de códigos. No saldremos de la crisis si no es aumentando la biodiversidad y valorizando las diferencias. La salud mental está en la multiplicidad de los códigos culturales del planeta, que tienen la posibilidad de recombinarse en momentos específicos en grupos operativos que trabajan sobre las tareas que los han convocado. Esta pluralidad de grupos, esta multiplicidad de códigos es el desarrollo posible de la biodiversidad y define el horizonte de una comunidad que viene.

Leonardo Montecchi

Traducción de Federico Suárez

MANIFIESTO A FAVOR DE UNA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, QUE NO ESTADÍSTICA

Mediante el presente escrito, los profesionales e instituciones [abajo firmantes](#), nos manifestamos a favor de criterios clínicos de diagnóstico, y por lo tanto en contra de la imposición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* de la *American Psychiatric Association* como criterio único en la clínica de las sintomatologías psíquicas.

Queremos compartir, debatir y consensuar el conocimiento clínico *-logía-* sobre el *pathos* psíquico *-padecimiento sintomático, que no enfermedad-* a fin de cuestionar la existencia de una *salud psíquica*, estadística o normativa, así como la impostura clínica e intelectual del *desorden, trastorno, enfermedad mental*. También queremos denunciar la imposición del tratamiento único *-terapias tipificadas para trastornos formateados-* por el menosprecio que supone a las diferentes teorías y estrategias terapéuticas, y a la libertad de elección de los pacientes. En el momento actual, asistimos al devenir de una clínica cada vez menos dialogante, más indiferente a las manifestaciones del

padecimiento psíquico, aferrada a los protocolos y a tratamientos exclusivamente paliativos para las consecuencias, y no para sus causas. Tal y como dice G. Berrios (2010) «Nos enfrentamos a una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma de desarrollar su labor, (ej. abandonar los consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales) cuando en realidad, las bases actuales de la evidencia no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los gestores, las empresas (como el Instituto Cochrane) y los inversores capitalistas que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero». En consecuencia, manifestamos nuestra defensa de un modelo sanitario, donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad. La defensa de la dimensión subjetiva implica una confianza en lo que cada uno pone en juego para tratar aquello que en él mismo se revela como insoportable, extraño a sí mismo, pero sin embargo familiar. Manifestamos nuestra repulsa a las políticas asistenciales que persiguen la seguridad en detrimento de las libertades y los derechos. A las políticas que, con el pretexto de las buenas intenciones y de la búsqueda del bien del paciente, lo reducen a un cálculo de su rendimiento, a un factor de riesgo o a un índice de vulnerabilidad que debe ser eliminado, poco menos que a la fuerza.

Para cualquier disciplina, la aproximación a la realidad de su campo se hace a través de una teoría. Este saber limitado no tendría que confundirse con *La Verdad*, pues, supondría actuar como una ideología o religión, donde cualquier pensamiento, acontecimiento o incluso el lenguaje utilizado, está al servicio de forzar el *re-ligare* entre saber y verdad. Todo clínico con un cierto espíritu científico sabe que su teoría es lo que Aristóteles llamaría un *Organon*, es decir, una herramienta de acercamiento a una realidad siempre más plural y cambiante, y donde las categorías encontradas han de dejar espacio a la manifestación de esa diversidad, permitiendo así una ampliación tanto teórica como práctica. Esta concepción se opone a la idea de un *canon*, en el sentido de lo que necesariamente, obligatoriamente y prescriptivamente las cosas son y han de funcionar de determinada manera. Todos sabemos las consecuencias de esta posición que va de lo orientativo a lo normativo, prescriptivo para, finalmente, convertirse en coercitivo. Es ahí donde el saber se convierte en el ejercicio de un poder en tanto sancionador, en un sentido amplio, de lo que obedece o desobedece a ese *canon*. Ordenación de la subjetividad al Orden Social que reclaman los mercados. Todo para el paciente sin el paciente. Un saber sin sujeto ya es un poder sobre el sujeto. *Autoritarismo científico*, lo llama J. Peteiro. Por todo esto queremos manifestar nuestra oposición a la existencia de un *Código de Diagnostico Único Obligatorio y Universal*.

Por otra parte, el modelo a-teórico del que hace gala el DSM, y que se ha querido confundir con objetividad, nos habla de su falla epistemológica. Baste recordar su indefinición sobre qué podemos entender como *trastorno mental*, así como por *salud psíquica*. Los contenidos de esta taxonomía psiquiátrica responden mucho más a pactos políticos que a observaciones clínicas, lo que da lugar a un problema epistemológico muy grave.

En cuanto al método clasificatorio del DSM, constatamos que se puede clasificar, amontonar o agrupar muchas cosas, pero eso no es establecer una entidad nosográfica en un campo determinado. Por último, y en la misma línea que lo anterior, la estadística empleada en el DSM tiene un punto de partida débil: la ambigüedad del objeto sobre el que se opera, es decir, el concepto de trastorno mental. La estadística se presenta como una técnica, un utensilio que puede ser puesto al servicio de múltiples causas y de todo tipo. Son las personas quienes manejan los ítems y valores de base de la curva estadística, pero también quienes deciden el deslizamiento, más o menos hacia los márgenes de lo que se va a cuantificar e interpretar posteriormente. En este contexto de pobreza y confusión conceptual, la próxima publicación del DSM-V supone una clara amenaza: nadie quedará fuera de aquello que se detiene, de lo que enferma. No quedará espacio para la salud, en términos de cambio, de movilidad, de

complejidad o de multiplicidad de las formas. Todos enfermos, todos trastornados. Cualquier manifestación de malestar será rápidamente transformada en síntoma de un trastorno que necesita ser *medicalizado* de por vida. Éste es el gran salto que se realiza sin red epistemológica alguna: de la prevención a la predicción.

Umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes o nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general, de esto nos advierte Allen Frances, jefe de grupo de tareas del DSM IV, en su escrito *Abriendo la caja de Pandora*. Refiriéndose a los nuevos trastornos que incluirá el DSM-V, este autor cita algunos de los nuevos diagnósticos problemáticos: *el síndrome de riesgo de psicosis*, («es ciertamente la más preocupante de las sugerencias. La tasa de falsos positivos sería alarmante del 70 al 75%»). *El trastorno mixto de ansiedad depresiva*. *El trastorno cognitivo menor*, («está definido por síntomas inespecíficos... el umbral ha sido dispuesto para incluir un enorme 13.5% de la población».) *Trastorno de atracones*. *El trastorno disfuncional del carácter con disforia*. *El trastorno coercitivo parafilico*. *El trastorno de hipersexualidad*, etc. Aumenta, por tanto, el número de trastornos y aumenta también el campo semántico de muchos de ellos, como el famoso TDAH, ya que se permite el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad y, además, se reduce a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos. El diagnóstico de TDAH también se contempla en presencia de autismo, lo cual implicaría la creación de dos falsas epidemias e impulsaría el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

Si juntamos este manejo estadístico con la heterogeneidad temática de los grupos de trabajo, que se multiplican y que van desde la identidad de género, pasando por la adaptación de los impulsos, hipersexualidad, cambios de humor etc., no podemos obviar que las clasificaciones internacionales pretenden una autonomía total respecto de cualquier marco teórico, y por ende, libre de cualquier tipo de control de rigor epistémico. Sin embargo, no creemos que las clasificaciones y tratamientos puedan ser neutrales respecto a las teorías etiológicas, como se pretende, y al mismo tiempo ser neutrales respecto de la ideología del *Control Social*, e intereses extra clínicos.

Paul Feyerabend, en *El mito de la ciencia y su papel en la sociedad*, nos dice: «Básicamente, apenas si hay diferencia alguna entre el proceso que conduce a la enunciación de una nueva ley científica y el proceso que precede a una nueva ley en la sociedad». Parece ser, sigue diciendo este autor en *Adiós a la razón*, que: «El mundo en que vivimos es demasiado complejo para ser comprendido por teorías que obedecen a principios (generales) epistemológicos. Y los científicos, los políticos -cualquiera que intente comprender y/o influir en el mundo-, teniendo en cuenta esta situación, violan reglas universales, abusan de los conceptos elaborados, distorsionan el conocimiento ya obtenido y desbaratan constantemente el intento de imponer una ciencia en el sentido de nuestros epistemólogos».

Finalmente, queremos llamar la atención del peligro que supone para la clínica de las sintomatologías psíquicas, que los nuevos clínicos estén formateados, deliberadamente, en la ignorancia de la psicopatología clásica, pues, ésta responde a la dialéctica entre teoría y clínica, entre saber y realidad. Psicopatología clínica que ya no se enseña en nuestras facultades ni en los programas de formación de los MIR y PIR. Y sin embargo, se les alecciona en el paradigma de la indicación... farmacológica: universalización prescriptiva para todos y para todo, y que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y reponedora de *medicación*. El resultado que denunciamos es un desconocimiento de los fundamentos de la psicopatología, un escotoma importante a la hora de explorar a los pacientes y, en consecuencia, una limitación más que considerable a la hora de diagnosticar.

En tanto que el conocimiento es la forma más ética que tenemos de acercarnos a nuestra plural realidad, no ha de ser un problema la coexistencia de diferentes saberes sobre la complejidad del ser humano.

Por todo ello proponemos llevar a cabo acciones con el objetivo de poner límite a todo este proceso incrementalista de las clasificaciones internacionales, y trabajar con criterios de clasificación que tengan una sólida base psicopatológica y, por tanto, que provengan exclusivamente de la clínica.

Barcelona, a 14 de Abril de 2011

Para adherir al manifiesto: <http://stopdsm.blogspot.com/>

MANIFESTO A FAVORE DI UNA PSICOPATOLOGIA CLINICA CHE NON SIA SOLO STATISTICA

Attraverso questo scritto, i professionisti e le istituzioni che sottoscrivono questo documento, si dichiarano a favore di criteri diagnostici clinici e pertanto contro l'imposizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana* come unico criterio delle sintomatologie psichiche.

Vogliamo condividere la conoscenza clinico "logica" sul pathos psichico sulla "sofferenza sintomatica" e non sulla malattia. Vogliamo mettere in discussione l'esistenza di una salute psichica, statistica o normativa. Inoltre vogliamo denunciare l'imposizione di un trattamento unico, di "terapie classificate per disturbi catalogati" per il disprezzo che presenta verso le varie teorie e strategie terapeutiche e della libertà di scelta dei pazienti. Attualmente assistiamo ad una clinica sempre meno dialogante, più indifferente alle manifestazioni della sofferenza psichica, aggrappata ai protocolli e alle cure meramente palliative, preoccupata più delle conseguenze che non delle sue cause. Come dice G. Berrios (2010) "Siamo di fronte ad una situazione paradossale in cui si chiede ai clinici di accettare un cambiamento radicale nel modo di sviluppare il loro lavoro (es.: abbandonare i dettami della propria esperienza per seguire quelli meramente statistici quindi impersonali) quando in realtà, l'attuale base delle evidenze non sono altro che quello che dicono gli statistici, i teorici, i dirigenti, le aziende (come l'Istituto Cochrane) ed i finanziatori capitalisti che sono precisamente quelli che dicono dove si "investe il denaro". Di conseguenza, esprimiamo il nostro sostegno a un modello sanitario, dove la parola sia un valore da promuovere e dove ogni paziente sia considerato nella sua particolarità. La difesa della dimensione soggettiva implica una fiducia in ciò che ognuno mette in gioco per affrontare ciò che a lui stesso si rivela insopportabile, estraneo a se stesso, ma tuttavia familiare. Esprimiamo il nostro rifiuto delle politiche assistenzialiste che inseguono la sicurezza a scapito della libertà e dei diritti. Una politica che, sotto la maschera delle buone intenzioni e cercando il bene del paziente, lo riduce a un calcolo delle sue prestazioni, a un fattore di rischio o a un indice di vulnerabilità che deve essere eliminato, più o meno in maniera forzata.

Per qualsiasi disciplina, l'approccio alla realtà del suo campo avviene attraverso una teoria. Questa conoscenza limitata non dovrebbe confondersi con La Verità, dato che agirebbe come ideologia o religione, dove qualsiasi pensiero, un evento o persino il linguaggio utilizzato, si trova al servizio della forzata unione tra conoscenza e verità. Ogni clinico con un certo spirito scientifico sa che la sua teoria è quello che Aristotele chiama un Organon, vale a dire, uno strumento per avvicinarsi a una realtà sempre più plurale e mutevole e dove le categorie riscontrate lasciano spazio alla manifestazione di quella diversità, permettendo un allargamento tanto teorico come pratico. Questa concezione si oppone all'idea di Canon nella quale: necessariamente, obbligatoriamente e in maniera

prescrittiva le cose sono (o esistono) e devono essere svolte in un certo modo. Sappiamo tutti le conseguenze di questa posizione che va dall'orientamento normativo, al prescrittivo per poi finalmente diventare coercitivo. Ed è qui, in senso lato, dove il sapere diventa l'azione di un potere in qualità di sanzione, quello che obbedisce e disobbedisce questo canone. Ordinare la soggettività all'Ordine Sociale richiesto dai mercati. Tutto per il paziente senza paziente. Conoscenza senza soggetto è già un potere sul soggetto. J. Peteiro lo chiama autoritarismo scientifico. Per tutto questo esprimiamo la nostra opposizione alla esistenza di un Codice Diagnostico Unico, Obbligatorio e Universale.

Inoltre, il modello a-teorico che vanta il DSM e che ha voluto essere confuso con l'obiettività, ci parla della sua falla epistemologica. Basti ricordare la sua indefinitezza su quello che chiama "disturbo mentale", "salute psicologica". Il contenuto di questa tassonomia psichiatrica risponde molto di più a patti politici che a osservazioni cliniche, producendo un grave problema epistemologico.

Per quanto riguarda il metodo di classificazione DSM, sappiamo che è possibile classificare, ammucciare o raggruppare molte cose, ma questo non vuol dire stabilire un'entità nosografica in un determinato campo. Infine, sulla stessa linea di cui sopra, i dati statistici utilizzati nel DSM hanno un punto di partenza debole: l'ambiguità dell'oggetto su cui si opera, vale a dire, il concetto di disturbo mentale. La statistica si presenta come una tecnica, uno strumento che può essere messo al servizio di molteplici cause e di ogni genere. Sono le persone che gestiscono gli item e i valori di base della curva statistica e che decidono sullo spostamento, più o meno verso i margini di ciò che si andrà a quantificare e interpretare più tardi.

In questo contesto di povertà e confusione concettuale, la prossima pubblicazione del DSM-V è una chiara minaccia: nessuno rimarrà fuori dalla malattia. Non rimarrà spazio per la salute, in termini di cambiamento, di mobilità, di complessità o di molteplicità delle forme. Tutti malati, tutti disturbati. Qualsiasi manifestazione di disagio sarà presto trasformata in sintomo di un disturbo che necessita di essere medicalizzato a vita. Questo è il grande salto che si fa senza nessuna rete epistemologica: dalla prevenzione alla previsione. Soglie diagnostiche più basse per molti disturbi esistenti e nuovi strumenti diagnostici che potrebbero essere estremamente comuni nella popolazione generale, di questo ci avverte Frances Allen, capo del gruppo di lavoro del DSM IV, nel suo scritto "Aprendo la scatola di Pandora". Riferendosi ai nuovi disturbi che includerà il DSM-V, l'autore cita alcuni dei nuovi strumenti diagnostici problematici: la sindrome di rischio da psicosi ("è certamente il più inquietanti dei suggerimenti. Il tasso di falsi positivi sarebbe allarmante dal 70 al 75%"). Il disturbo misto d'ansia depressiva. Il disturbo cognitivo lieve ("è definito da sintomi non specificati ... la soglia è stata predisposta per includere un massiccio 13,5% della popolazione.") Mangiatori compulsivi. Il disturbo disfunzionale di personalità con disforia. Il disturbo coercitivo parafillico?. Il disturbo di ipersessualità, ecc. Aumenta, pertanto, il numero di disturbi e aumenta anche il campo semantico di molti di questi, tra cui il famoso ADHD (deficit di attenzione ed iperattività), in quanto la diagnosi si basa solo sulla presenza di sintomi, senza richiedere una disabilità e inoltre, si riduce alla metà il numero di sintomi necessari per gli adulti. La diagnosi di ADHD è contemplata anche in presenza di autismo, pertanto implicherebbe la creazione di due false sindromi e favorirebbe un maggiore utilizzo di stimolanti in una popolazione particolarmente vulnerabile.

Se mettiamo insieme questa gestione statistica con l'eterogeneità dei gruppi di lavoro tematici, che si moltiplicano e che vanno dall'identità di genere, attraversando l'adattamento degli impulsi, ipersessualità, sbalzi di umore, ecc., Non possiamo ignorare che le classifiche internazionali pretendono una totale autonomia rispetto a qualsiasi quadro teorico, e si presentano prive di qualsiasi tipo di controllo e di rigore epistemico. Tuttavia, non crediamo che le classificazioni ed i trattamenti possano essere neutrali rispetto alle teorie eziologiche, come si pretende e allo stesso tempo essere neutrali rispetto alla ideologia del controllo sociale e agli interessi extra clinici.

Paul Feyerabend, nel libro "Il mito della scienza e del suo ruolo nella società", ci dice: "Fondamentalmente, non vi è quasi alcuna differenza tra il processo che porta alla formulazione di una nuova legge scientifica e il processo che precede una nuova legge nella società ". A quanto pare, dice l'autore nel libro Addio alla ragione, che "il mondo in cui viviamo è troppo complesso per essere compreso sia da teorie che obbediscono a principi (generali) epistemologici. Gli scienziati, i politici, e chiunque cerchi di capire e / o influenzare il mondo, tenendo conto di questa situazione, viola regole universali, abusa di concetti elaborati, distorce la conoscenza già ottenuta e contrasta costantemente il tentativo di imporre una scienza basata sulle teorie dei nostri epistemologi"

Infine, vorremo attirare l'attenzione sul pericolo che rappresenta per la clinica della sintomatologia psicologica che i nuovi clinici siano formati deliberatamente nell'ignoranza della psicopatologia classica, dato che questa risponde alla dialettica tra teoria e clinica, tra sapere e realtà. La Psicopatologia Clinica non è più insegnata nelle nostre scuole o in corsi di formazione . Tuttavia, sono istruiti nel paradigma delle prescrizioni farmacologiche, una specie di prescrizione universale per tutti e per tutto che non si differenzia in nessun modo da un distributore automatico di etichette o da una scansia di farmaci. Il risultato che denunciamo è l'ignoranza delle fondamenta della psicopatologia, uno scotoma importante al momento di esaminare i pazienti e di conseguenza, una limitazione più che considerevole al momento di fare una diagnosi.

In quanto la conoscenza è la forma più etica che abbiamo di avvicinarci alla nostra realtà plurale, non deve essere un problema la coesistenza di diverse conoscenze sulla complessità degli esseri umani.

Proponiamo pertanto di portare a termine azioni con l'obiettivo di porre limite all'incremento delle classificazioni statistiche internazionali e di lavorare con criteri di classificazione che abbiano una solida base psicopatologica e, pertanto, provenienti esclusivamente dalla clinica.

Barcellona, 14 aprile 2011

E` possibile leggere il manifesto ed aderire alla campagna qui:
<http://stopdsm.blogspot.com/>