

La crisis post-DSM y el psicoanálisis

Por Eric Laurent



Quisiera comenzar, para estas reflexiones sobre la crisis de las nuevas normas clínicas, por los debates animados que acompañaron la publicación del último DSM. Estos debates atestiguan sobre la vitalidad, la potencia y la diversidad de las universidades americanas. Su carácter multipolar contrasta con la discreción de las universidades francesas y europeas sobre las cuestiones fundamentales de lo que está en juego acerca del lugar de la psiquiatría en nuestra sociedad. Los sistemas europeos, centralizados, dominados por las instancias reguladoras de las burocracias sanitarias producen falsos consensos, obtenidos en negociaciones tras las puertas de comités eclécticos. Gracias a estos debates norteamericanos, disponemos ahora de una serie de respuestas a la pregunta sobre “aquello que salió mal con el DSM-5” (“*What went wrong with the DSM-5*”), también de parte de aquellos que siguen globalmente favorables a la empresa DSM, que de aquellos que se oponen radicalmente. Un acuerdo se vislumbra sobre la ruptura operada por la última edición del manual sin que haya un acuerdo sobre la naturaleza exacta del franqueamiento de esta ruptura.

La crisis vista por los iniciados

Los debates han tenido la particularidad de incluir puntos de vista críticos formulados por los antiguos responsables de alto nivel de las ediciones precedentes. Ya sea el fundador de la totalidad del proyecto DSM, Robert Spitzer, o bien una de las ocho personas que hicieron el DSM III como Nancy Andreasen - quien fue invitada recientemente a París por la Association Franco-Argentine de Psychiatrie, para escuchar sus posiciones actuales, o incluso Allen Frances, responsable del DSM IV. Dejemos de lado, por el momento, las críticas de Spitzer que tocan sobre todo los procesos burocráticos de la elaboración del DSM-5, los secretos, cláusulas de confidencialidad, hermetismo de los comités, retrasos en los ensayos clínicos (*field trials*) etc...

Para Nancy Andreasen¹, el mal esencial viene de que el DSM ha sido aceptado como una referencia de manera dominante que el manual ha eliminado todos los otros abordajes en Psicopatología. Un monopolio se instauró con los efectos perversos de los monopolios. Ella constata que ya no hay otras investigaciones en el campo de la psicopatología en los E.E.U.U. Sólo subsiste la movilización de los mejores especialistas de los campos diversos para establecer los criterios y los items que van a definir la lengua empírica y positiva perfecta soñada por aquellos que concibieron el manual. Es esto lo que ha mostrado la muy laboriosa puesta a punto del DSM 5, teniendo en cuenta las interminables horas de reuniones de miles de especialistas. Esta empresa devorante es, para Nancy Andreasen, tal vez demasiado ambiciosa con los ideales mal definidos, “*lofty ideals*”, pero era necesaria para corregir las desviaciones propiamente americanas de los años setenta, debidas a las tentativas de construir un sistema psicopatológico a partir de la *egopsychology* psicoanalítica. El acento puesto por esta corriente psicoanalítica sobre los “mecanismos de defensa” del Yo provocaba una cierta desconfianza en relación al síntoma, alejando la clasificación americana de las psicopatologías clásicas. Un cierto nombre de especialistas clínicos reaccionó queriendo unirse a la epidemiología internacional del momento, todavía no globalizada, dominada por Inglaterra y su entonces nuevo sistema de salud pública, el NHS². Para la primera *Task-Force* del DSM, el establecimiento de un sistema de referencia transatlántico era el objetivo central. Ahora este proyecto ha logrado demasiado bien su objetivo, imponiendo el monopolio de su sistema, destruyendo la eco-esfera de la investigación en psicopatología.

La solución propuesta por Nancy Andreasen es de revitalizar el proyecto fenomenológico en la psiquiatría. Ella propone un retorno al sentido. Ella utiliza la fórmula destacada de un “plan Marshall invertido” donde la fenomenología, en el sentido americano del término, o sea una fidelidad a la descripción del síntoma haciéndole un lugar al sentido, debería remediar los estragos causados por el desierto de la lengua del DSM. El proyecto es bello, pero no es seguro que dispongamos de un economista del sentido de tal modo prevenido como lo era el Secretario de estado Marshall sobre la economía, ni que Harvard comparta, esta vez esta opinión, y administre con tanta alegría el regreso del sentido como el plan permitió el regreso del crecimiento en una Europa devastada por su auto-devoración funesta. De todas formas, la referencia a la posguerra tiene el mérito de recordarnos la urgencia de los desafíos de una actitud voluntarista frente al desastre.

Allen Frances ha dedicado todo un libro reciente³, al examen de las razones por las cuales esta situación de monopolio se había impuesto y las consecuencias en todo el campo de la psicopatología. Para Frances, el proyecto DSM era crucial y salvó la psiquiatría en los años 80, liberándola de las confusiones y ambigüedades en el seno del modelo psicoanalítico. Él observa acertadamente que la dificultad del psicoanálisis de inspirar clasificaciones estables no está ligada a una impotencia contingente o a un sesgo nefasto⁴. Ella es consubstancial a su discurso. Es una imposibilidad lógicamente inscrita desde el comienzo. Él dice que este problema epistemológico en su modo discreto, *low key*; “El modelo psicoanalítico tenía la tendencia de querer ser un poco un comodín, con una notable excepción: lo normal no encontraba en ello su lugar... Para Freud nadie es nunca totalmente normal, todos somos más

¹ Andreasen N., “*DSM 5 and the Ongoing Death of Phenomenology*”, ponencia presentada durante la Jornada “¿Quién teme al DSM 5?” (La Journée “*Qui a peur du DSM 5?*”) organizadas por la Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de la Santé Mentale, en París el 12 de octubre del 2013.

² National Health System.

³ Frances A., *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*, Odile Jacob, 2013.

(Saving normal : An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, ed. William Morrow, 2013)

⁴ Es necesario notar que Allen Frances se ha formado como psicoanalista en el Columbia Institute.

o menos neuróticos”⁵. Esto es lo que Lacan radicalizó con su “todo el mundo está loco, es decir delirante”. Para Frances, es ésta vocación a la agitación de las normas que había contaminado a la psiquiatría hasta el punto que ella necesitaba ser salvada. “Sin la intervención de Robert Spitzer, la psiquiatría no habría podido recuperarse y se habría sumergido en su obscuridad de la preguerra”⁶. Frances hace énfasis en las personas allá donde Nancy Andreasen nos habla más bien de una escuela de pensamiento, que reagrupaba varias universidades, “los Mid-Atlantics”⁷, inspirados por Inglaterra, reaccionando a las confusiones de los años 60 y a los peligros del alejamiento del sistema americano del *mainstream*. Sin embargo, los dos autores describen la misma báscula hacia la preocupación del diagnóstico y la adopción de un “método fundado sobre la utilización de una serie de criterios explícitos para gestionar la disposición desde los síntomas hasta los síndromes”. Entonces, el proyecto DSM es para Frances no sólo necesario sino salvador. Como director del DSM-IV él se considera, por otra parte, el continuador de Spitzer, siendo un “conservador, inteligente y abierto”.

Sin embargo, el DSM-IV no ha impedido el desencadenamiento de una espiral de aumento de los diagnósticos distribuidos por los médicos, psiquiatras y médicos generales reunidos, desembocando en aquello que él llama “las burbujas de la inflación del diagnóstico”, un sobre-diagnóstico y una sobre-medicalización. ¿Por qué? “*What went wrong?*” La culpa no la tiene el texto, sino el “contexto”, que ha cambiado de una forma decisiva, modificando las consecuencias de la aplicación de las directivas del DSM. Son múltiples los cambios en el contexto, pero Frances pone en relieve el hecho que tres años después del DSM-IV, en 1997, “los lobbys de los laboratorios farmacéuticos ganaron una gran victoria sobre el sentido común: los E.E.U.U. se volvieron el único país en el mundo que autorizó la publicidad directa de sus productos a los consumidores”. A partir de esta fecha, ya no hubo límite al *marketing* dirigido a los médicos y a los consumidores de malas metáforas inventadas por los publicistas de la salud, nuestros *Mad Men* contemporáneos. El éxito del “desequilibrio químico”, metáfora epónima de aquellos slogans simplificadores, no tendrá más límites. El rol del *Big Pharma* en la sobre-medicación y la promoción de la medicación de la vida es central para Frances. A esto el suma el peso de las Asociaciones de Padres que quieren tener acceso a servicios apropiados para sus hijos, acceso al cual sólo el diagnóstico otorga el derecho, y el rol de las asociaciones de consumidores que buscan sumar cada vez más adherentes. El peso respectivo de estos diferentes factores de “contexto” no es obvio pero el resultado final lo es. “Durante los últimos quince años, cuatro grandes epidemias de trastornos mentales han hecho explosión repentinamente, el número de niños bipolares ha aumentado extrañamente en un 40%, los autistas en 30%, los hiperactivos con déficit de atención se han triplicado, mientras que la proporción de adultos candidatos a un diagnóstico de bipolaridad se ha duplicado”⁸.

El rol del *Big Pharma* está a veces ubicado por Frances con una especie de marxismo mecanicista que es sin lugar a dudas demasiado directo: “Con un presupuesto de 60 millones de dólares anuales, uno puede ir muy lejos en lo que respecta a vender productos y comprar responsables políticos”⁹. De acuerdo, pero nosotros no estamos en Wall Street y *greed*, la concupiscencia, no lo explica todo. Por otra parte, él rechaza formalmente las explicaciones del mismo estilo como los expertos comprados, que podrían rendir cuentas sobre las

⁵ Frances A., op.cit., p. 48.

⁶ Ibidem, p. 115.

⁷ Andreasen N., Op. Cit.

⁸ Frances A., op. cit., p. 174

⁹ Ibid., p. 158

ambigüedades y extensiones indebidas en la redacción misma del texto del DSM. Él, no acepta la explicación de colusiones y conflictos de intereses entre los psiquiatras expertos del DSM y el *Big Pharma* en favor de la competencia universitaria de intereses intelectuales entre expertos, cada uno queriendo hacer avanzar su campo de interés en detrimento de los otros.

Para Frances, es el cambio de contexto que ha producido la hiperinflación diagnóstica. El laxismo de los responsables actuales del DSM-5 ha hecho el resto y ha mostrado la impotencia de la APA para administrar el proyecto DSM. Él solicita entonces la destitución de la Asociación Americana de Psiquiatría de su rol de garante de la circulación de las etiquetas diagnósticas. Él hace voto solitario de la construcción de una instancia de una nueva regulación, que sabría ser realmente responsable de la moneda epidemiológica. Esta burocracia de un nuevo tipo, vasta maraña sanitaria debería regular todo con un autoritarismo decidido. Este proyecto utópico sueña con combinar las mejores virtudes de los sistemas centralizados europeos con una regulación jurídica a la americana¹⁰.

Sin embargo, más allá de culpar a *Big Pharma*, Frances percibe un fenómeno de civilización, fundamento global de la deriva, y que no puede ser resuelto por un decreto regulador de una burocracia providencial. "A medida que nuestro mundo está cada vez más globalizado y homogeneizado, también disminuye nuestra tolerancia respecto a la excentricidad o la diferencia, que de repente tendemos a medicalizar. Esta tendencia hacia la normalización de la conducta no significa que estemos más enfermos que antaño"¹¹. Queda por determinar el porqué de este gusto, esta elección forzada hacia la medicalización como la única salida.

En términos lacanianos más cercanos, digamos que la mezcla de los goces operada por el estilo de vida globalizado por la ciencia¹² provoca un malestar particular que empuja a una nominación imposible por unas instancias biopolíticas enloquecidas. Es este movimiento de la civilización que Michel Foucault había percibido y había nombrado como "El nacimiento de la biopolítica" como modo dominante de la gestión de las poblaciones, remplazando al antiguo proyecto "clínico" de la descripción de las enfermedades del cuerpo social. Este movimiento hacia la gestión medical de la vida de los ciudadanos es aún más pronunciado en Europa que ésta, con sus sistemas de salud centralizados y redistribuidores, ha escogido un pacifismo que le prohíbe la antigua gestión de las identificaciones fuertes que autorizaban el derecho a "hacer morir" de los estados o de los regímenes autoritarios y de las democracias en guerra. Pero dejemos el examen de las causas lejanas, que retomaremos para redirigirnos a otro tipo de comentarios de las fallas del DSM. Ya no aquellas causas cercanas, identificadas por nuestros dos psiquiatras, expertos calificados si los hay, Nancy Andreasen y Allen Frances, que participaron en el proceso de elaboración del DSM, sino las respuestas dadas al "What went wrong?", por dos epistemólogos, no psiquiatras, Steeves Demazeux y Ian Hacking.

La crisis vista por los epistemólogos

¹⁰ Ibid., p. 319

¹¹ Ibid., p. 144

¹² «Los hombres están inmersos en un tiempo que llamamos planetario, en el que se informarán a cerca de ese algo que surge de la destrucción de un antiguo orden social... : ¿cómo hacer para que masas humanas, condenadas al mismo espacio, no solamente geográfico, sino en esta ocasión familiar, permanezcan separadas ?
» Alocución sobre las psicosis del niño, en *Otros Escritos*, Paidós, 2012, p. 383.

Para Steeves Demazeux¹³, el proyecto del DSM, puesto en marcha por Spitzer, y mantenido a lo largo de treinta años de existencia es un proyecto filosóficamente anclado en una corriente lógico-positivista muy influyente en la filosofía americana de la posguerra. Es un proyecto perfectamente coherente desde este punto de vista. Se trataba de inventar una lengua transparente y perfecta, donde la cuestión de la referencia estaba remplazada por significados empíricos de criterios perfectamente definidos. Se trataba de definir una lengua artificial, imponiéndose a los clínicos, eliminando toda imprecisión, desliz o malentendido. La clasificación apuntaba antes que todo a corregir las imprecisiones de la Babel de las tradiciones clínicas, en plural, en favor de una lengua que designa de una forma rígida unas categorías clínicas soñadas como perfectamente distintas cualquiera fuere en los hechos la “comorbilidad” que no puede ser absorbida. El objetivo de la univocidad de la lengua clínica estaría realizado por definiciones clínicas dichas “operacionales”.¹⁴ El proyecto DSM III de Spitzer se inspira, en los años 70, en los refinamientos estadísticos de la psicología universitaria americana, que nunca había renunciado a los proyectos de las grandes clasificaciones caracterológicas, para poner la clínica psiquiátrica al nivel de las exigencias estadísticas más recientes. El énfasis estará puesto en las técnicas que permiten asegurar la “fiabilidad inter-jueces”, el hecho que no haya ninguna variación posible en la descripción de los fenómenos observados. La clasificación “a-teórica” del DSM se revelaría como cada vez más anclada sobre una teoría de la estadística. Las preguntas clínicas como tales serían ahogadas prontamente dentro de preguntas de técnica estadística como tal¹⁵.

La forma lógica escogida por el DSM es la de un árbol formal clasificando las enfermedades en un modelo “botánico” de géneros, de especies y de subespecies, primero presentado por Lineo en su “sistema de la naturaleza” y después adoptado por Darwin. Lo que resultó mal es que con el DSM-5, por un lado nuevas palabras penetraron la lengua sin tener una significación fiable inter-jueces y, más profundamente, la lengua perfecta es confrontada a lo siguiente que ella no reenvía a ninguna referencia. Su validez es cuestionada. Nuestro epistemólogo, que considera el proyecto DSM como “globalmente positivo”, constata sin embargo que el proyecto lógico-positivista encontró su límite y no puede continuar a recurrir a los remedios habituales: un llamado a una mayor descripción y a un mayor empirismo. Él propone como solución una revisión de los presupuestos lógico-positivistas sirviéndose de los aportes lógicos de Quine para pensar nuevamente y desde el inicio sobre la clasificación de las “especies naturales” (*natural kinds*) y aceptar una clasificación que pueda incluir las “especies naturales” y otras que no lo sean. Se trata de salvar el proyecto DSM separándolo de su fundamento epistemológico. El DSM debería entonces distinguir explícitamente, sabiéndolo, tanto unas categorías con una validez “científica” limitada y otras categorías que no se presenten sino como artefactos más o menos bien contruidos. Esto supondría retirar la hipótesis según la cual sería suficiente que una clasificación esté bien hecha para que ella reenvíe a alguna cosa.

¹³ Qu'est ce que le DSM ? Editions d'Ithaque, Paris 2013

¹⁴ Ya Lacan en “La cosa freudiana” en 1955 se burlaba del uso de la palabra “o-pe-ra-cio-nal” para deshacerse de lo racional, especialmente el uso de criterio operacionales por el cual la *egopsychology* quería sumarse a la psicología general. Lacan J., La Chose freudienne (1955) in *Ecrits*, Seuil, 1966, p. 421. En español: Lacan J., La cosa freudiana (1955) en *Escritos*, Siglo XXI Editores, 2007, p.404.

¹⁵ Como lo ha bien remarcado, desde 1992, la obra de Stuart Kirk y Herb Kutchins publicada bajo el título de *The selling of the DSM. The Rhetoric of science in psychiatry*, mal traducido en francés en 1998 bajo el título de *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. (S. Kirk & H. Kutchins, *Aimez-vous le DSM ?*, Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo, 1998.)

El epistemólogo inglés Ian Hacking es más radical. Él considera que el proyecto DSM está basado en un error epistemológico más profundo¹⁶. En su ilustre libro sobre la “Historia de la locura”, Foucault había dedicado un capítulo luminoso sobre “el loco en el jardín de las especies¹⁷”. Él resaltaba el proyecto de dos grandes médicos del siglo XVIII, el francés Boissier de Sauvages y el inglés Sydenham. Para Sauvages, como para el DSM, “la definición de una enfermedad es la enumeración de los síntomas que sirven para reconocer su género y su especie, para distinguirla de todas las otras.” Pero hay todavía más, nota Foucault, “la gran preocupación de los clasificadores del siglo XVIII está impulsada por una metáfora constante que tiene el grado y la obstinación de un mito: es la transferencia de los desórdenes de la enfermedad al orden de la vegetación. Es obligatorio reducir, ya decía Sydenham, “todas las enfermedades a unas especies precisas con el mismo cuidado y la misma exactitud que los botánicos han hecho en el Tratado sobre las plantas¹⁸.” En este sentido, nota Hacking, el proyecto DSM sigue siendo en el mismo sentido botánico, renovado por el proyecto lógico-positivista. Es una clasificación por género, especie y subespecie, una clasificación basada en el modelo del árbol vegetal de la botánica. Hacking concluye con una fórmula devastadora. “Puede ser que, al cabo, el DSM sea considerado como la *reductio ad absurdum* del proyecto botánico en el campo de la locura. No digo esto porque crea que la mayoría de la psiquiatría estará un día reducida a las neurociencias, a la bioquímica y la genética. No tomo partido al respecto. Yo me apoyo sobre la lógica más que sobre la medicina. El sueño de Sauvages de clasificar las enfermedades mentales siguiendo el modelo de la botánica está tan perdido como el de querer clasificar los elementos constitutivos de la química basados en el modelo de la botánica. Hay una organización profunda de los elementos – la tabla periódica – pero ésta difiere profundamente de la organización de las plantas que viene de la reproducción. Las tablas de los elementos lineares (ha habido muchas) no representan la naturaleza”¹⁹.

La objeción de Hacking es radical porque ella hace de todo el proyecto DSM un verdadero obstáculo epistemológico, en el sentido de la epistemología francesa, para la inteligibilidad de los fenómenos. Es necesario notar que es una objeción que escapa totalmente a Allen Frances quien cita en su libro el proyecto de Lineo y el de Mendeleiev como dos éxitos del proyecto de la descripción de las especies, sin ver su profunda incompatibilidad epistemológica.

Desde el punto de vista del epistemólogo, la objeción al DSM no es contingente ni ligada a los errores, torpezas, y pesadeces burocráticas incontestables que se deslizaron en el proceso de la fabricación del DSM 5. Se trata de una falla desde el inicio, de concepción, que ha terminado por no poder ser oscurecida por el poder de la Asociación Americana de Psiquiatría y las seducciones que ella ejercía sobre el poder y la burocracia sanitaria del NIMH²⁰.

El supuesto a-teorismo del proyecto aseguró inmediatamente el poder de los técnicos de estadística en biología sobre los especialistas clínicos. Luego, este poder se afirmó cada vez más a expensas de los clínicos, cada vez más enmarcados por protocolos con aspiraciones universalizantes y limitantes en la práctica de la *Evidence Based Medicine*. Se ha llegado a proponer como modelo para la psiquiatría, así como para la industria médica en su conjunto, el modelo de la aeronáutica, en el cual el piloto es concebido como auxiliar del computador.

¹⁶ Hacking I., « Lost in the Forest », London Review of Books, 8 august 2013.

¹⁷ Foucault M., *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de cultura económica de España SL, 2006.
Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972, pp. 193-225.

¹⁸ Ibid. pp. 206-207.

¹⁹ Hacking I., op. cit.

²⁰ National Institut of Mental Health

El proyecto DSM está en este sentido marcado por una toma del poder de los investigadores sobre los practicantes del campo de la clínica. Esta influencia se consolidó cada vez más en el curso de los treinta años en los que se ha desplegado el proyecto. Los investigadores, en la búsqueda de una lengua perfecta, han querido corregir todas las malas costumbres de la comunidad de los practicantes. Se puede decir que al final del proceso, con el DSM 5, la ruptura es total entre la investigación y los clínicos.

Crisis de los modelos de investigación

Es lo que constató el director del NIMH¹ en una intervención rotunda, el 29 de abril, quince días antes de la publicación del DSM 5²¹. Barre de un plumazo las sutiles inclusiones y exclusiones de nuevas categorías obtenidas tras largas horas de vigilia de las comisiones de expertos, que pueden no obstante dar lugar a interesantes debates. Constata pocas diferencias entre el DSM-IV-R y la versión 5. El diccionario que organiza el campo de la psicopatología conserva su fuerza y su debilidad. Su fuerza sigue siendo la “fiabilidad entre jueces” y su debilidad su falta de “validez científica”. Dicho de otro modo, la lengua es perfecta pero no quiere decir nada en la medida en que ha olvidado completamente que debe medir otra cosa que a ella misma. El DSM, observa, se funda en el “consenso sobre reagrupamientos de síntomas clínicos” que se ven fácilmente y no sobre la medida “objetiva” de lo que sea. Es por lo que el NIMH, centro de la investigación en psiquiatría en los USA, ha lanzado desde hace cerca de dos años un proyecto muy distinto del DSM 5. Se trata de reunir en un proyecto llamado *Research Domain Criteria (RDoC)* todo lo que ha sido establecido por la búsqueda de signos objetivos en el campo de la psicopatología: neuroimagen, marcadores genéticos probables, alteraciones de las funciones ejecutivas y los circuitos neurológicos objetivables en el triple registro: cognición, emoción y conducta. La recogida y reunión de estos elementos se hace a espaldas de las categorías clínicas comúnmente admitidas que no son sino efectos de superficie.” Es por lo que el NIMH reorientará su investigación lejos de las categorías del DSM. Mirando hacia el porvenir, apoyaremos proyectos de investigación que se liberen de los límites actuales”. Pasado el primer estupor comienza en seguida el control de daños (*Spin*). El 14 de mayo, justo antes del comienzo del Congreso de la APA (*American Psychiatric Association*), el nuevo presidente de la Asociación, Jeffrey Lieberman, de la Universidad de Columbia, como Allen Frances, firmó con Thomas Insel una “Declaración común sobre el DSM 5 y el RDoC²², asegurando la pertinencia de cada proyecto”.

No se puede sino afirmar que hay ruptura. El NIMH quiere ahora dedicar su proyecto RDoC a las investigaciones sobre el funcionamiento y el modelado del cerebro de la “*Brain Initiative*” de la administración Obama, conservando su especificidad de querer integrar los resultados de la genética y los de las neurociencias. El proyecto de traducir los avances de la genética en resultados terapéuticos inmediatamente aprovechables no compete exclusivamente al sector público. Una de las empresas más dinámicas de Silicon Valley tiene un proyecto exactamente comparable. Se trata de *23andMe*, la empresa fundada por Anne Wojcicki, una genetista casada desde 2007 con uno de los fundadores de *Google*, Sergey Brin, si escribimos su nombre ruso según la onomástica inglesa.²³ Por la módica suma de 99 \$ la empresa ofrece un kit de toma de muestras de saliva fácil de hacer llegar al laboratorio central de desciframiento de ADN. El anuncio publicitario que le acompaña es directo: “Aprenda a conocerse. Su salud y su genealogía comienzan por ahí. Infórmese entre más de 240 posibles enfermedades posibles.

²¹ Estas declaraciones se hallan en el site del NIMH, blog del director.

²² Se encuentra el comunicado común en el site de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

²³ Puede verse a propósito el *Today Show* de NBCnews.com con fecha del 28 de agosto de 2013, disponible *online* en el site de *23andMe*.

Descubra su linaje, encuentre a sus parientes y más aún. Reciba los más recientes avances sobre su ADN a medida que la ciencia avanza”. La ambición de la empresa es tan grande como la de Google, se trata de estar a la cabeza de un movimiento que cambiará la vida de cada uno.”. Nosotros cambiamos la manera en la que el mundo ve la genética, no es sorprendente ver por todas partes gente que habla de *23andMe*. Es un *Leadership* sobre el que podemos contar”.²⁴ En Wikipedia podemos saber que la colaboración entre marido y mujer se ha resentido recientemente. Desde agosto de 2013, marido y mujer viven separados a causa de una relación de Sergey con Amanda Rosenberg, una empleada de Google. Los proyectos de la pareja están sin embargo estrechamente ligados. La madre de Sergey fue diagnosticada de Parkinson. Brin utilizó los servicios de *23andMe* y descubrió que, a pesar del hecho de que el Parkinson no es en general una enfermedad hereditaria, comparte con su madre una mutación del gen LRRK2 que le deja una probabilidad entre un 20 y 80% de desarrollar un Parkinson. En una entrevista en *The Economist* en 2008, considera que éste saber suplementario le permite tomar medidas para organizar mejor su vida. Puede que el destino del encuentro con Amanda Rosenberg sea una consecuencia imprevista de este saber sobre su destino.

Sea como sea, Google anunció el 18 de septiembre un proyecto que ahora da una dimensión suplementaria a los objetivos iniciales de *23andMe*. Se trata de la creación de *Calico*.”. Grandes ambiciones alimentan a esta filial de Google que apunta a largo plazo -de diez a veinte años- e implica explorar vías tecnológicas innovadoras jamás pensadas para retardar y después “matar” la muerte”²⁵. Google afirma así su proyecto de reunir todos los datos válidos para la utilización de los aportes de la genética, de la biología y de las nanotecnologías en la definición de una medicina radicalmente “individualizada”. En este sentido, dos grandes proyectos se oponen, los dos apoyados en el desarrollo del conocimiento sobre la manipulación de inmensas bases de datos. Los desarrollos de la “*Big Data Science*” y sus principios de estadística bayesiana²⁶ sostienen tanto la recogida de grandes series estadísticas de casos, como lo hace la *Evidence Based Medicine*, como el paradigma de la medicina individualizada por recogida de todos los datos biológicos de cada uno. Dos paradigmas de la medicina del porvenir se confrontan. La gran serie es favorecida por las burocracias sanitarias a la búsqueda de protocolos universales para reglamentar las buenas prácticas. El proyecto de Google es una medicina individualizada y globalizada que entra en conflicto directo con los límites de las burocracias nacionales. La correlación entre el lanzamiento de *Calico* y los obstáculos de la administración Obama para establecer un portal de acceso a Internet eficaz que acoja al sistema de seguros médicos establecido por la ley más importante del primer mandato del presidente nos da la idea de que David y Goliath no están forzosamente allí donde se pensaba.

Un día habrá un portal de entrada *Google Health* que nos dará acceso a aplicaciones que permitirán una lectura en continuo, según el estado actual de la ciencia, de todos los diferentes datos biológicos que nos conciernen. Este portal será privado y de acceso restringido, como actualmente lo es el sistema Apple de distribución de bienes culturales, *Apple Store*. Tal vez Google logrará entonces asegurar el éxito de su sistema *Android* que intenta difícilmente destronar a su rival.

Las cosas irán más rápido de lo que pensamos, sin embargo la mezcla de ciencia, de mito y de esperanza que encierra la medicina predictiva individualizada no debe hacer olvidar que, en lo concerniente a la psicopatología psiquiátrica, el modelado del cerebro está aún en sus

²⁴ Comentarios disponibles en el site de *23andMe*.

²⁵ Alexandre L., “Google contre la mort, carte blanche”, in *Le Monde* du 2 octobre 2013.

²⁶ Silver N., *The signal and the Noise. Why most predictions fail-but some don't*, Penguin, 2013

balbuces y John Horgan, del *Scientific American*²⁷ resume la situación diciendo que estamos en una situación similar a la de la genética antes del descubrimiento de la doble hélice. El campo carece de principio organizador y estamos lejos de poder relacionar los diversos índices biológicos con los niveles clínicos observables. Los treinta años de proyecto DSM no han aportado ningún descubrimiento significativo, pero el proyecto científico relevante RDoC permanece en el limbo. Denunciar la ausencia de pertinencia científica del proyecto DSM no modifica en nada esto: que no hay ninguno para reemplazarlo. La ruptura así consumada entre investigación y clínica es un abandono de los clínicos a su suerte. Permanecen completamente solos, sin el apoyo del sustento de la ciencia.

Los síntomas de carencia de principio organizador aparecen sin cesar en este paisaje de después del DSM, las noticias contradictorias afloran. Este verano, como bien lo ha señalado Charles Troadec²⁸, hemos tenido dos series de noticias contradictorias. De un lado se ha patentado un test biológico que detecta el riesgo suicida validado por la presencia de dos genes, y del otro *Big Pharma* hacía saber, amenaza y realidad a la vez, que las investigaciones de nuevos medicamentos psicotrópicos se habían detenido, casi abandonadas por demasiado caras y demasiado arriesgadas para ser desarrolladas, cualesquiera fueren las esperanzas puestas en la cadena del glutamato²⁹. En Francia, François Gonon³⁰ nos pone en guardia regularmente de manera documentada sobre las diferencias entre las promesas y la efectividad científica de la psiquiatría biológica. En Inglaterra, un estudio recientemente aparecido en *Nature Reviews Neuroscience*³¹ mostraba la poca reproductibilidad de los estudios en neurobiología psiquiátrica o genética, tomada sobre muy pequeñas series de casos, alejando los resultados de la seguridad de los grandes números alcanzados por la EBM. El recurso artificioso a los meta-análisis no alcanza a suplir este defecto radical. Se pueden leer estudios en el campo del autismo aplicados a 12 casos y de los que se deducen asombrosas certitudes no reproducibles.

Lo real del abandono-vigilancia

El impasse del proyecto DSM conduce a la evacuación de los “tipos clínicos” en provecho de quimeras que se alejan en el Empíreo de los cálculos. Queda un fenómeno real: el abandono. Abandono de los pacientes confrontados a la rarefacción de créditos concedidos a una psiquiatría considerada como cada vez más onerosa. Abandono a la calle, a la prisión, a la medicación excesiva de una población cada vez más numerosa. Este abandono se compensa con una vigilancia continua en poblaciones dejadas a ellas mismas. Del lado del abandono, las series *The Wire* y *Treme* así como los libros de David Simon, han popularizado y vuelto visibles las consecuencias sobre poblaciones negras y pobres de la gestión de las toxicomanías por la “war on drugs”. Del lado de la vigilancia, la actualidad de *Big-Brother* es cada vez más sorprendente y nos enseña cuán vigilados somos, escuchados, grabados, gracias a fenomenales potencias de cálculo de las que disponen las burocracias sanitarias y de seguros, cada vez más integradas, tal como el escándalo de las escuchas de la NSAⁱⁱ ha dado a conocer. La empresa epónima de numerización del mundo, Google, se muestra como un socio electivo de la administración americana en todos los aspectos de la construcción de nuestra “New digital Age”. Es el mismo año 2013 en el que Edward Snowden revela la impotencia de las escuchas

²⁷ Blog de John Horgan, albergado por el *Scientific American*

²⁸ Troader J.-C., “A simple Twist of rest”, *Lacan Quotidien* n°343, 9 octubre 2013, disponible en el site

²⁹ Sobre el tema léase el artículo citado por Troadec: Friedma R., “A dry pipeline for psychiatric drugs”, *The New York Times*, August 19, 2013.

³⁰ Gonon F., “La psychiatrie biologique: une bulle speculative?” in *Esprit*, novembre 2011 & Cf. Monier F.

“Neurosciences, les limites et la méthode”, *Le Monde science et techno* du 30.09.2013

³¹ El artículo de Katherine S. Button es citado en Monier F., op.cit.

de la NSA y que Eric Schmidt y Jared Cohen nos explican como será nuestro futuro *Googelizado*³².

Si bien el instrumento DSM no ha permitido ningún descubrimiento, se ha revelado como un potente instrumento de gestión de poblaciones, asignando a los sujetos a casos cada vez mejor calculables por la lengua administrativa, ensanchando los usos administrativos de estas categorías fuera del campo sanitario hacia el campo de las compañías aseguradoras, de los derechos sociales, de la justicia. Esta extensión, en un principio americana, es ahora global. Este instrumento de gestión encuentra sus límites -véase su fracaso- en la creación de burbujas inflacionistas en las que los sujetos se hallan clasificados, o en las cuales desean estarlo. La asignación a las categorías se vuelve calculable por la burocracia sanitaria, siendo que los usos y deseos de los que allí se encuentran clasificados son imprevisibles. Se producen deslizamientos sin cesar que dan lugar a un “efecto pastilla de jabón” de un tipo particular.

Cuando a continuación los responsables quieren reducir las “epidemias” estadísticamente constatables modificando los criterios de definición tropiezan con los deseos de los sujetos mismos que quieren, por ejemplo, ser considerados como hiperactivos entre los 35 y los 45 años para así poder consumir anfetaminas. O incluso, desean ser considerados como bipolares porque la etiqueta es menos estigmatizante que otras. O finalmente, ser considerado como Asperger para tener acceso a un programa de educación especial.

Las revisiones clasificatorias desorientadas provocan efectos contradictorios. La salida de las clasificaciones patológicas de la mayor parte de las conductas consideradas como sexualmente desviadas en el siglo pasado se acompaña de una patologización de múltiples aspectos de la vida cotidiana, hasta en las emociones más corrientes. La extensión cada vez mayor del dominio de la depresión es el ejemplo más patente, pero los límites entre lo normal y lo patológico se desploman en todas partes.

El carácter demasiado descriptivo de las categorías clínicas heredadas de la clínica de la mirada, invalidadas por la ciencia, son reenviadas a un continuum de procesos orgánicos supuestamente objetivables algún día sobre el modelo de los procesos de las demencias, las cuales pueden evolucionar durante más de quince años antes de hallar una traducción clínica observable. En lugar de categorías que conduzcan a creer en distinciones falsas los investigadores prefieren un modelo que privilegie el continuo. El reverso del proceso de “medicalización de la vida cotidiana” es el reconocimiento de que “los pacientes psiquiátricos son personas un poco menos normales que las demás”. El DSM 5, en su dificultad para determinar los límites entre lo normal y lo patológico, confirma a su manera que “todo el mundo está loco, es decir, delira”, como decía Lacan, reformulando del lado de la locura el “todos neuróticos” de Freud, bien señalado por Frances. Pero éste deslizamiento hacia la puesta en cuestión de lo “normal” se hace en una clínica que forcluye sin remedio al sujeto. En lugar del sujeto encontramos “trastornos de la personalidad” reformateados sin muchos esfuerzos psicológicos por matrices complejas en “rasgos de la personalidad”, actualización de caracterologías o de “temperamentos” que integran síntomas y personalidades sin ruptura. El nuevo DSM ha retrocedido ante la amplitud de tal objetivo y ha dejado todo eso en un anexo. Estos bricolajes que mantienen un horizonte de descripción de la patología como “exceso de personalidad” recuerdan que la patología del exceso está particularmente de acuerdo con la manera en que la época vive la pulsión de forma Superyoica. La ausencia de límites que darían al sujeto identificaciones fuertes vuelve a las identificaciones fluidas particularmente sensibles

³² Schmidt E. y Cohen J., *The new digital age*, Alfred A. Knopf, New York, 2013.

al sin límite como índice de la superyoización del mundo. La extensión de la clínica de las adicciones da buena cuenta de ello.

La respuesta del sujeto a lo real

Lo que la burocracia DSM no puede controlar es un movimiento democrático que hace que los sujetos se adueñen de categorías que les son propuestas por los especialistas para hacer un uso de ellas “off label”. Y no solamente para los medicamentos. Es cierto que psicótico, por ejemplo, es una categoría que nadie quiere. Nadie la ha reivindicado cuando ha sido un poco limpiada de las categorías DSM. Lo que no es el caso de las categorías bipolares, autistas e hiperactivos. La gente se reclama bipolar: “Soy bipolar, lo sé, y no estoy loco”. Se ve eso en la versión de Hollywood que presenta una narración posible del “soy bipolar” en la película *Happyness therapy*, cuyo título original en inglés es *Silver linings playbook*, y en donde la guionista, un actor y el hijo del director han declarado haber sido calificados como bipolares. Por otra parte, los hiperactivos son una categoría en la que los individuos se reclaman como hiperactivos y lo desean. Se entiende bien el sorprendente éxito de la prescripción de Ritaline y Adderall, que son los medicamentos más vendidos *off label* de toda la farmacopea.

En cuanto al autismo, es una categoría donde las asociaciones de padres desean que sus hijos sean reconocidos como autistas porque ello da lugar a derechos particulares, especialmente en los Estados Unidos, donde es probablemente la patología que da acceso a la mayor parte de los servicios distribuidos por los Estados. Pero además los sujetos que son autistas lo reivindican y dan a conocer su experiencia de autista en toda una literatura que actualmente ocupa varios estantes de biblioteca con sus testimonios, y que reclaman su estatuto a distancia de la categoría que suponía la psicosis, la locura del siglo XX.

Contrariamente a lo que creen los responsables del DSM-V o del DSM-IV en su lucha con el DSM 5, no es por artefactos estadísticos por lo que eso se va a detener. Hará falta pasar por elecciones políticas. Deriva de lo que Ian Hacking ha denominado el *looping effect*, el efecto de bucle, es decir, el hecho de que desde que se nombra una categoría el sujeto se adueña de ella y la reivindica. Pierre Bourdieu había destacado éste mecanismo en sociología. Uno de los retos de la democracia del siglo XXI será el hecho de que las etiquetas serán reivindicadas como tales por un efecto irónico, un poco como las poblaciones segregadas reivindican su segregación, como Kayne West y Jay Z hacen uso del término *Nigger* en su *Nigger in Paris*. No es solamente cambiando un punto mínimo en el criterio de inclusión y por pura mecánica estadística como se desinflarán las burbujas inflacionistas y sobrediagnósticas.

Las tres vías que se abren para el psicoanálisis en ésta crisis de las clasificaciones se perfilan claramente. Primero, nos hace falta favorecer la crítica, en el campo de la psicopatología, de los efectos de abandono producidos por éstas aproximaciones clínicas forclusivas del sujeto. El proyecto de hacer revivir una clasificación perfecta que pudiese describir exhaustivamente al sujeto a partir de la psicopatología.

Después, nos hace falta estar atentos a los efectos de subversión de categorías para todo uso “off label”, fuera de etiqueta, término que me gusta mucho en las clasificaciones, los medicamentos y en todos los instrumentos del campo clínico. Más que querer proponer a cualquier precio una nueva clasificación a partir del sujeto y de rehacer una clínica actualizada y sistemática del sujeto el psicoanálisis debe permanecer atento a la subversión del sujeto que acompaña a toda clasificación como a su sombra, a la manera en que se vive la clasificación. Efectivamente, los sujetos que acuden a los psicoanalistas vienen, en un cierto número de

casos, teniendo puestas etiquetas, viviéndolas, y encontrándose en ellas, organizando su experiencia a partir de ahí. El psicoanalista, a partir del uso subversivo que los sujetos hacen de las clasificaciones, de la manera en que cada uno vive la etiqueta que ha recibido, va a intentar cernir como eso se engancha y ordena el conjunto de su historia.

Finalmente, nos hace falta, por la potencia propia al discurso psicoanalítico, recordar a los sujetos la singularidad de su deseo, de su fantasma, de su síntoma. Es un discurso que subraya el fuera de cuadro del sujeto, su subversión fundamental de las categorías, su carácter profundamente fuera de toda norma. Es ahí donde el proyecto psicoanalítico de recordar a cada uno la singularidad de su delirio, dice Lacan, se acerca al proyecto de Allen Frances, que aparentemente quiere lo inverso pues él quiere “salvar la normalidad”. Nosotros deseamos, a la inversa, destruir radicalmente los prestigios. Felizmente, lo que llama “*saving normal*” es el hecho de recordar que todo el mundo está un poco enfermo, descentrado, desfasado, excéntrico³³, dice él, para toda categoría que quiera centrar al sujeto. Es ésta ex-sistencia la que se trata de hacer valer en todo discurso.

Las maneras propias de organizar su goce, la singularidad del fantasma, la singularidad del modo de gozar de cada uno encuentran como ordenarse a partir de ésta crisis de las clasificaciones. La crisis de las clasificaciones es algo excelente puesto que deja cada vez más oportunidades a cada uno de encontrar allí su lugar y su camino, de encontrar un alojamiento que finalmente desafíe a los protocolos universales y permite, para cada uno, usos posibles del encuentro ineluctable con un modo de etiquetaje, y el uso que es posible hacer de ello. Es la manera, para cada sujeto, de alojar la falla fundamental de su “mentalidad” en el sentido de Lacan: “Se habla de enfermedad, se dice al mismo tiempo que no la hay, que no hay enfermedad mental por ejemplo. Se lo dice con justa razón, en el sentido de que sea una entidad nosológica, como antaño se decía. La enfermedad mental no es en absoluto *entitaria*. Es más bien la mentalidad la que tiene fallas”.³⁴

Traducción : Juan Jesus Ugarte y Mauricio Rugeles

Revisión : Dalila Arpin

Establecimiento del texto : Dalila Arpin y Raquel Cors

ⁱ National Institut of Mental Health

ⁱⁱ National Security Agency



³³ Frances A., op. Cit., pág. 402

³⁴ Lacan J., Seminario XIX, ...o peor, Paidós 2012, pág.220.

