

TRASTORNO BIPOLAR: NUEVO CUADRO LÍQUIDO. UN RECORRIDO POR LAS REGLAS DISCURSIVAS DE LA CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA Y POR LOS CONDICIONANTES SOCIO-HISTÓRICOS DE NUESTRA ÉPOCA

*BIPOLAR DISORDER: NEW LIQUID TABLE. A JOURNEY THROUGH THE
DISCURSIVE RULES OF PSYCHIATRIC CLASSIFICATIONS AND THROUGH THE
SOCIO-HISTORICAL CONDITIONNING ELEMENTS OF OUR TIMES*

Martín Mezza*

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires-Argentina

*Recibido 16 de octubre 2012/Received October 16, 2012
Aceptado 20 de enero 2013/Accepted January 20, 2013*

*“Llamaré cobarde a quien haga de los condi-
cionantes de su época, determinaciones”.*

J. P. Sartre. El Ser y la nada.

RESUMEN

El presente trabajo se propone realizar un recorrido por las reglas discursivas de la clasificación psiquiátrica y un análisis de los condicionantes socio-históricos de la época; para a partir de allí, abordar analíticamente las transformaciones que hicieron posible que la patología históricamente denominada locura maníaco-depresiva adquiriera las características de un novedoso cuadro distinguido como trastorno bipolar.

Palabras Clave: Bipolaridad, Clasificación Psiquiátrica, Condicionantes Socio-históricos, Cuadros Líquidos, Individualismo Moderno.

ABSTRACT

The present work tries to summarize the discursive rules of the psychiatric classification and the analysis of the social and historical determinations of our epoch. Then we try to approach analytically the transformations that made possible that the pathology historically named maniacal-depressive madness acquired the characteristics of the newly distinguished bipolar disorder.

Key Words: Bipolarity, Psychiatric Classification, Social and Historical determinations, Pictures Liquids, Modernity Individualism.

* Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Hipólito Yrigoyen 3238/46. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. E-mail: mezzamartin@yahoo.com.ar

CLASIFICADOS

En *Humillados y ofendidos* Dostoievski reflexiona agudamente sobre el idealismo, y dice: “*Es demasiado idealista... y, por eso mismo, cruel*”.

Exceso que enlaza el ideal a la crueldad y que el recorrido histórico de la disciplina psiquiátrica –sobre todo a partir de la incipiente psiquiatría del siglo XIX– testimonia y manifiesta en todas sus formas¹. Aquella psiquiatría pretendía contar con una clasificación lo suficientemente potente como para aislar las enfermedades en especies o entes naturales. Así, recoge el método de la medicina de esos tiempos. Método clínico, pensamiento clasificador, que se corresponde con el modelo botánico de Linneo, cuya particularidad consistía en encontrar en el mundo –externo y homogéneo– las entidades naturales, que luego eran separadas, divididas y aisladas. De esta forma, las “enfermedades psiquiátricas” quedaban ordenadas según su carácter formal y conseguían la adscripción a las ciencias naturales logrando, al mismo tiempo, la degradación de la condición humana a la cosa y la adecuación de esta a la clase.

En el preciso momento en que la psiquiatría abraza el método clasificador y con él la tradición médica, se produce la revolución más grande de la medicina que, entre otras cosas, da lugar a la práctica médica occidental tal como la conocemos en la actualidad. Esta revolución no es otra que la sustitución del pensamiento clasificador, del método clínico –recientemente adoptado por la psiquiatría– por el método anatomopatológico. Metodología que supone a la lesión como localización del mal o de la enfermedad. Se pasa de la descripción y la clasificación formal de la enfermedad, donde síntoma y enfermedad, manifestación y esencia coincidían en la mirada aplanada del médico, a la profundidad que otorga la abertura corporal que encuentra la lesión. Profundidad que reestructura la nosología, funda una nueva relación entre enfermedad y síntoma, y avanza por el sendero de la etiopatogenia.

La disciplina psiquiátrica deniega esta revolución metodológica y se aferra a la nosología propia de la clasificación sintomática aportada por el método clínico. Pero al mismo tiempo que rechaza el método anatomopatológico y, por tanto, su consecuencia nosológica y etiopatogénica, adscribe –*como axioma*– a la profundidad del cuerpo encarnada en la lesión. “A falta de suelo lesional, suelo nocional. A falta de espacio corporal, espacio taxonómico. A falta de explicación, clasificación. A falta de residencia, parentesco de las enfermedades” (Braunstein, 2005, pp. 19-20).

La denegación del método anatomopatológico conlleva el rechazo de toda teoría que intente explicar algo de la dimensión de la causa. Este rechazo retorna en algunos pliegues de dicha disciplina, particularmente en el apofántico DSM –ya sea 1-2-3 o 4– al centrarse exclusivamente sobre las nociones de comportamiento y

¹ Crueldad expresada a partir de las diferentes nosologías de la psiquiatría que, al dotarlas de naturaleza y esencia, degradan la condición emocional, social y simbólica del hombre; hasta arrastrarla al reclutamiento, confinamiento y sus técnicas humillantes de “curación”. Este último aspecto se encuentra bien desarrollado por Galende, E. & Kraut, A. J. (2006). *El Sufrimiento Mental: El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Edit.

de trastorno que, lejos de aportar alguna explicación sobre la condición humana, se inclina hacia la descripción y consiguiente multiplicación –exponencial– de cuadros patológicos. En el 2005 en su libro *El Paciente, el Terapeuta, y el Estado*, Roudinesco nos recuerda que no hay consenso entre las diferentes “teorías” psiquiátricas y que es una ilusión –aportada por el lenguaje común del DSM que prescinde de la causa y de la teoría– creer en “La Psiquiatría”. Así, luego de esta empresa histórica, llegamos a una actualidad del pensamiento y de la vida moderna donde no solo se relega la dimensión social y cultural al papel secundario de entorno, contexto, o disparador, sino que se establece una marcada oposición entre lenguaje y causa². Desarticulación de la dimensión causal y subjetiva, donde se sostiene el sentido y la historia de los sujetos.

ESPACIOS Y CLASES: ENFERMEDADES, SÍNTOMAS, TRASTORNOS Y CUADROS

El espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de la localización del mal en el cuerpo no han sido superpuestos, en la experiencia médica, sino durante un corto período: el que coincide con la medicina del siglo XIX y los privilegios concedidos a la anatomía patológica. Época que marca la soberanía de la mirada... “Paradójicamente jamás el espacio de configuración de la enfermedad fue más libre, más independiente de su espacio de localización que en la medicina clasificadora que precede al método anatomoclínico” (Foucault, 2006, p. 17).

El pensamiento clasificador instituye los órganos como soportes del mal, pero no como determinantes de este; la relación entre enfermedad y organismo no es necesaria y así la enfermedad puede transitar el espacio corporal con una libertad que el pensamiento anátomo-clínico carece al ubicar los órganos como sede o causa del mal, interrumpiendo o restringiendo la simultaneidad y la correlación sintomática propias del método clínico. La psiquiatría norteamericana, la del DSM 1-5, continúa esa libertad en su composición nosológica, pero asegura que la base o sede de la enfermedad es biológica o neurobiológica. De esta manera, trasladada la organización nosológica, de materialidad simbólica-formal, al organismo que no encuentra sino en el individuo que lo soporta. Contradicción, paradójica, que se despliega en la proliferación y equiparación de cuadros psicopatológicos, enfermedades o trastornos.

La enfermedad, que puede señalarse en el cuadro, se hace aparente en el cuerpo. Allí encuentra un espacio cuya configuración es del todo diferente: es este, concreto, de la percepción. Sus leyes definen las formas visibles que toma el mal en un organismo enfermo... “Se trata de figuras complejas (cuadro) por las cuales la esencia de la enfermedad, con su estructura de cuadro, se articula en el volumen espeso y denso del organismo y toma cuerpo en él” (Foucault, 2006, p. 26).

² En oposición a esta tendencia, es interesante destacar la teoría de Jaques Lacan, que ubica al lenguaje en el lugar de la causa. Una causa que no es eficiente, sino que por el contrario, siempre cojea.

Esta traslación de la formalidad de las familias de enfermedades constituidas por la analogía y la correlación de síntomas hacia la geografía profunda del organismo, no es simple, presenta al decir de Foucault, un problema que denomina: Espacialización secundaria de la enfermedad. Las clasificaciones se incrementan desdoblándose, reagrupándose y trasladándose directamente de una espacialidad anímica con materialidad simbólica hacia la profundidad cada vez más honda del organismo. No lo hacen con relación a ningún descubrimiento soportado en el sendero de la anatomopatología, es decir: síntoma, lesión y etiopatogenia; tal como el descubrimiento de Bayle en 1822 lo indica para las parálisis cerebrales. No es este el camino que ha seguido la clasificación psiquiátrica americana. Al soslayar el problema de la espacialización secundaria, **la clasificación de la psiquiatría americana** –no toda clasificación psiquiátrica³– avanza permitiendo la proliferación de cuadros, trastornos y enfermedades, a la vez que abandona la aspiración de la familia (de enfermedades) bien constituida. Se arroja a la aventura de conquistar un espacio geográfico (cerebro) más “firme” que la formalización de la materialidad simbólica, prescindiendo de la teorización y ciñéndose al universo de las descripciones y nominaciones, para ganar injerencia sobre diferentes y variadas problemáticas del espacio social y subjetivo; generando una serie de conflictos epistémicos y clínicos que lejos de no considerarse, este texto pretende rescatar en la dialéctica argumentativa.

Dentro del contexto y las condiciones de producción de las denominaciones médicas existe una historia que no es una, que presenta al menos una duplicidad. Por un lado, tenemos a las enfermedades que aparecen con mayor o menor relevancia, desaparecen, vuelven a aparecer, o alteran su morfología. Y por otro, aunque no de manera aislada e independiente de la anterior, nos encontramos con la evolución de la sintomatología. Los síntomas son nombrados, renombrados, eliminados, suprimidos, clasificados de diversos modos, establecen uniones a lo largo del tiempo con diferentes síntomas y así cambian la pertenencia a la enfermedad o cuadro clínico que los contiene. En este sendero, la sintomatología transita el destino de la especialidad creciente y así nos encontramos con síndromes antiguos esparcidos y extendidos en múltiples y variados trastornos actuales. De este modo, un nombre, una categoría, se enlaza a un conjunto de signos a los que connota⁴.

³ Es necesario plantear aquí que pese al tono crítico de la reflexión este artículo no pretende anular la importancia y necesidad de las clasificaciones. Estas son un instrumento valiosísimo e imprescindible para el avance clínico y del pensamiento científico. Pero al mismo tiempo, se entiende o se parte de la idea que los avances y aportes científicos (como podría ser la fluidez o la practicidad en la comunicación entre profesionales que aporta la categorización del DSM4) también incluyen, o pueden hacerlo, retrocesos, errores, contradicciones, incoherencias o simplemente cuestiones a replantear, reelaborar, repensar o discutir. Propio del saber científico en tanto lo separa del saber dogmático. De esta manera, el presente artículo retoma un camino que no le es ajeno al recorrido de la propia ciencia psiquiátrica, al plantear los problemas de las clasificaciones (síndromes) con relación a la teoría y a la episteme; como prueba la historia al otorgar un lugar destacado a los intercambios y discusiones entre las diferentes escuelas de la psiquiatría, con preeminencia de la escuela alemana y la escuela francesa.

⁴ Deleuze, G. (2001). *Presentación de Sacher Masoch: Lo Frío y lo Cruel*. Buenos Aires: Amorrortu.

Clasificación que une, reúne y separa. Historia de los objetos –enfermedades– y otra historia, la del lenguaje, que también crea y olvida las reglas de combinación y los pensamientos que la constituyen. Nuevos cuadros o nuevas delimitaciones soportadas en las uniones y separaciones, en los objetos y en los lenguajes. La locura circular devenida en trastorno bipolar presenta las reglas de transformación de la disciplina psiquiátrica: especialización y espacialización secundaria. Reglas que anidan junto a la trama discursiva y la demanda social de la época.

TRASTORNO BIPOLAR Y ESPACIALIZACIÓN SECUNDARIA

A lo largo de la historia de las rúbricas mentales, los términos de manía y melancolía, junto con el de *delirium* y el de agitación, comprendían prácticamente todas las enfermedades mentales de la antigüedad. Manía y melancolía incluían varios otros síndromes que en la actualidad adquieren diversidad de denominaciones. Esto es tan cierto como que el campo de la locura era mucho más restringido y estrecho que la clínica actual de los trastornos mentales.

Hay coincidencia entre los historiadores de la psiquiatría, en establecer en el siglo I d.C. al médico griego Areteo de Capadocia, como el primero en mencionar que la manía y la melancolía conforman un único y mismo cuadro. Conclusión surgida a partir de la mera observación descriptiva de algunos casos, en que el estado melancólico era reemplazado o seguido por un acceso maníaco. Esta idea de unidad y mismidad entre la manía y la melancolía, manifestaciones diferentes de lo mismo, atravesó la antigüedad y se coló en el Renacimiento –época de oro de la melancolía– con la fuerza suficiente como para relegar algunas concepciones que pensaban a estos fenómenos por separados.

El reemplazo de la melancolía por la manía, percepción pura: inductiva y descriptiva, tenía como base muda, la teoría humoral. Mismo origen y misma causa, difiere la manifestación. Es de la mano de Esquirol (1820) que la incipiente psiquiatría del s. XIX intenta, en vano, a través de desalentar la teoría humoral, introducir nuevas ideas y descripciones sobre la melancolía y la manía. Descripciones clínicas que las contraponían, al hacerlas girar alrededor de una concepción filosófica de la producción ideica y del funcionamiento “mental”. Así, el melancólico era víctima de una idea única y fija que absorbía todas las producciones del espíritu, en contraposición con la movilidad y variedad de la ideación maníaca, representada en la fuga de ideas. Último intento con relativa fuerza, al menos documentado, de plantear en el seno de la locura circular el problema del síndrome e intentar disociar el enlace humoral de síntomas muy diferentes. En 1854, al mismo tiempo y de la mano de dos discípulos de Esquirol, Jean Pierre Falret y Jules Baillarguer, surge lo que podemos denominar como el antecedente psiquiátrico moderno, el germen, de lo que hoy en día se llama trastorno bipolar. El primero de ellos describe la locura circular (*folie circulaire*) como estados depresivos y maníacos separados por un intervalo libre. El segundo

describe la locura de doble forma (*folie à double forme*). En la misma línea Griesinger (1817-1868) y Kalhbaun realizaban aportes (descripciones) clínicos que enriquecían, a la vez que complejizaban y diversificaban, el campo de las locuras circulares⁵. Finalmente, Emil Kraepelin, en 1896, introdujo la locura maníaco-depresiva como entidad nosológica independiente de la demencia precoz. En ella incluyó todas las psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares. El DSM⁶ da continuidad a esta unidad por medio de la subordinación de las diferentes locuras o psicosis maníaco-depresivas bajo la nominación de trastorno bipolar: I y II, trastorno ciclotímico, y trastorno bipolar no especificado.

Ahora bien, ¿cómo es que se sostiene –en la actualidad– la unidad y complementariedad del trastorno bipolar junto con la expansión de su espectro, que lleva a constituirlo en un nuevo cuadro psicopatológico?

El sostenimiento de la unidad nosológica del nuevo trastorno bipolar ya no se sustenta –como la locura maníaco-depresiva– en las reminiscencias de la teoría griega sobre el cuerpo, doctrina que establece el funcionamiento y equilibrio del organismo por medio del balance entre los cuatro líquidos básicos –humores– que se relacionan con los cuatro elementos esenciales: aire, tierra, fuego y agua. A partir del DSM, en especial de su tercera y cuarta versión, se produce una nueva espacialización secundaria, que genera otro vínculo entre la “esencia” nosológica (cuadro) de la enfermedad y el organismo. Abandono de la teoría humoral⁷, del cuerpo humoral, para abrazar la complementariedad neuronal, que a través de la síntesis de moléculas encuentra una nueva terapéutica, pero no logra liberarse de la insistencia de la unidad: estabilizadores del ánimo. Al mismo tiempo, asociado –temporalmente– a este descubrimiento terapéutico, desaparece la noción de enfermedad. Desde allí se avanza en la supresión y sustitución de términos nada inocentes. Queda anulada la palabra locura, junto con su sustituto moderno: psicosis; pasándose a hablar de “trastorno”. Del mismo modo, manía, depresión o melancolía, quedan hundidas en la denominación de bipolaridad.

⁵ Griesinger describía situaciones clínicas en la línea inaugurada en la antigüedad, donde la manía reemplazaba a la melancolía. Kalhbaun hablaba de vesania (psicosis) típica circular, al referirse a trastornos episódicos melancólicos y maníacos. También incluyó formas menores o más leves, a las que denominó ciclotimia, caracterizadas por *episodios tanto de depresión como de excitación pero que no terminaban en demencia, como podían hacerlo la manía o melancolía crónicas*.

⁶ El DSM-I (1952) publicado por la APA (*American Psychiatric Association*) surgió de una adaptación de la clasificación de uso interno de hospitales psiquiátricos y de servicios médicos militares. Contenía 106 categorías diagnósticas. DSM-II (1968) contaba con 182 diagnósticos. El DSM III (1980) por sus propósitos universales y objetivos científicos y políticos, es el que inicia el quiebre con los anteriores manuales y concepciones diagnósticas en juego. Produce disputas conceptuales y políticas en el campo de la salud mental, que terminan recién en 1987 con la publicación del DSM-III-R, donde prevalecen el modelo descriptivo y biomédico. Muchas categorías se reorganizaron, algunos cuadros fueron renombrados, y algunos otros fueron eliminados o reemplazados. Finalmente contó con 292 diagnósticos, casi el doble que el DSM II. El DSM-IV (1994) y su revisión (2000) cuenta con 352 diagnósticos y es una continuidad de los criterios y modelos introducidos en el DSM III.

⁷ Humor viene del latín, *himoris*: líquido, humedad. Característica esta –liquidez– que resiste y se conserva en la estructuración del cuadro bipolar, pese a la sustitución de la doctrina humoral por la teoría neuronal. Presencia muda de los condicionantes de la época.

De esta forma se realiza una nueva operatoria sobre el tiempo y el espacio. El trastorno bipolar deja de pertenecer al espacio de las locuras, de las psicosis (locura maníaco-depresiva) y pasa al dominio de los trastornos del ánimo o del humor. Categoría más líquida, leve y fútil que aporta mayor expansión. Estado de ánimo, alteración del humor que en el DSM 4 se encuentra apartado de los otros trastornos, según la separación de funciones “psíquicas” iniciada por los criterios de la psicología de laboratorio alemana. Esta división artificial, positivista, racionalista y mecanicista no solo aísla y disuelve las relaciones entre el ánimo, las emociones y la personalidad, sino que reduce el estado de ánimo a la lógica de estímulo y respuesta. Lógica que es reabsorbida por el paradigma biológico, bajo el ciclado neuronal. Pasaje al ánimo, captado en su metáfora mecanicista y biologicista, es decir, en la acepción donde el alma o espíritu se vuelve energía⁸ y principio de la actividad humana. Así, los trastornos del ánimo, el trastorno bipolar, deja de caracterizarse por cualidades y relaciones para centrarse exclusivamente en los “cambios”, intensos o moderados, del “ánimo” o del “humor”. Estos cambios, sustentados en los circuitos neuronales (ciclados), suplantando la lógica psicopatológica de los estados maníacos y melancólicos, produciendo una torsión donde el ánimo no solo se polariza, sino que se reduce a un par de opuestos complementarios. Comienza a imponerse la palabra cambios-ciclados (intensos o no) como el elemento signifiante que determina y hace girar toda la psicopatología del cuadro.

Esta nueva espacialización secundaria permite la extensión –que afecta la comprensión– del cuadro y del espectro bipolar al mismo tiempo que inhibe el recorrido formal que aporta la interrogación, imprescindible, sobre las condiciones de producción de las denominaciones médicas. ¿Acaso no es esta creencia en la unidad la que ha triunfado a lo largo de la historia psicopatológica de la psiquiatría y de la psicología?, ¿no es acaso la idea de estabilidad, de neutralidad y de equilibrio lo que ha reunido lo distinto bajo la complementariedad?, ¿es absolutamente cierto que la bipolaridad se resuelve en la cantidad imprecisa (uno o más episodios maníacos o mixtos –uno o más episodios depresivos mayores–) y en el lapso temporal (dos meses o dos años) de accesos maníacos, que suplantando a la depresión, o de episodios depresivos que acompañan al menos un acceso hipomaníaco? Preguntas que no desprecian las clasificaciones, sino que por el contrario se asientan en ellas, pero que interpelan su relación con la epistemología, el método, la clínica, el organismo, las condiciones formales y concretas en la que se desarrolla el estado de ánimo, así como la vida social, simbólica y emocional de los seres humanos. De lo contrario, se podría tender a aislar y polarizar el estado de ánimo –tristeza o euforia; depresión o manía– estimarlo idéntico a sí mismo, igualmente vivido e independiente de la personalidad, las emociones, la psiquis, la familia y las condiciones sociales y culturales. Así, se

⁸ Para el psicólogo Robert Thayer, el estado de ánimo es una relación entre dos variables: energía y tensión. Según esta teoría, el estado de ánimo divergiría entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmo o más tenso), considerándose el mejor, un estado calmado-energético y el peor un estado tenso-cansado.

lo retiraría no solo del espacio –más reducido– de las psicosis, sino de cualquier otro espacio para introducirlo a la estructura neuronal del ciclado, que se centra solo en la dimensión temporal; dimensión que prescinde de las cualidades y las discontinuidades que permitirían las siguientes interrogaciones: ¿La tristeza del melancólico es la misma tristeza que experimenta el maníaco?, ¿la euforia del depresivo es la misma que caracteriza al acceso maníaco? Nuevamente volvemos al problema del síndrome. Problema histórico y moderno...

CONDICIONANTES SOCIO-HISTÓRICOS Y CULTURALES DE LA ÉPOCA

Hasta aquí destacamos el avance de la clasificación psiquiátrica americana⁹ y en especial la historicidad de la expansión del espectro bipolar, en relación con las leyes de producción del propio discurso psiquiátrico y la categoría fucoltiana de espacialización secundaria. Esta expansión de cuadros psiquiátricos (en especial de los trastornos del ánimo) y su concomitante penetración en los aspectos cotidianos y sociales de la vida humana, podría no obedecer solo a las reglas discursivas de la disciplina psiquiátrica y asentarse, también, en su conjunción con las transformaciones sociales y los cambios culturales que expresan los modos de vida actual. He aquí un breve recorrido por algunas de las transformaciones sociales y culturales, y un posible análisis y reflexión respecto del lugar de estas en la problemática del síndrome.

MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

La extensión de la medicina sobre una cantidad importante de problemas sociales y cotidianos de los ciudadanos que antaño no eran considerados como entidades médicas, es lo que se ha denominado medicalización de la vida cotidiana. Operatoria que no descubre nuevos objetos ni entidades clínicas, sino que por medio de la mirada que proyecta el discurso médico transforma procesos sociales en objetos específicos (enfermedad o trastornos) de las categorías médicas. Solución técnica y especializada para malestares y sufrimientos que se encuentran integrados a las significaciones culturales.

En este proceso de tecnificación intervienen diferentes agentes o actores que van desde los profesionales de salud hasta la industria farmacéutica. Esta última, en particular a partir de 1950 en lo que respecta a los psicofármacos, se ha expandido aceleradamente fruto de la producción de nuevas moléculas y la conquista de nuevos mercados. Esta conquista se da a partir de técnicas de penetración y sensibilización (de aspectos estéticos, molestias y síntomas menores), así como también de la

⁹ Situación reflejada en el aumento –casi exponencial– de trastornos mentales, constatables en los 106 cuadros del DSM1 (1952) y los 357 del DSM4 (1994).

promoción de comportamientos saludables que esconden el rechazo a la enfermedad y a la muerte. Técnicas de mercado que se resumen en la frase “Disease Mongers” acuñada por primera vez en 1992 por Lynn Payer. “Disease Mongers” o “la venta de una enfermedad” se trata de un proceso en donde la ampliación de mercados de salud, paradójicamente, o no tanto, supone la transformación de personas sanas en pacientes, reemplazando la construcción social de las problemáticas en salud por la producción transnacional de las corporaciones internacionales. Ampliación del objeto de la salud mental, que excede las reglas de producción discursiva específicas de la psiquiatría, y la especialización y tecnificación compartida con el resto de la medicina.

Este nuevo contexto político y económico se relaciona con la clínica actual del trastorno bipolar a partir de la producción masiva de estabilizadores del ánimo y de técnicas de sensibilización sobre los cambios del ánimo, conformando un circuito de consumidores de estabilizadores que garantiza la expansión del espectro bipolar. Esta situación se completa con los efectos del mercado y de la ciencia, sobre el juicio de todos los profesionales de la salud.

El problema es que el médico moderno, tanto como cualquier profesional de la salud o no, frente a casi todo tipo de malestar, sufrimiento o angustia, lo primero que hace es aceptar la oferta de la sociedad moderna caracterizada por los efectos de la presencia de la ciencia, que consiste en creer que para curar ese malestar se debe operar sobre la supuesta base material del mismo: el tejido, la célula, la neurona o el neurotransmisor¹⁰.

TRANSFORMACIONES SOCIALES-ECONÓMICAS Y POLÍTICAS

Las reiteradas crisis mundiales arrojadas por el capitalismo industrial engendraron una respuesta que se dio en llamar Estado de bienestar (1950-1980). El Estado de bienestar tomó para sí la tarea de si no solucionar al menos amortiguar los riesgos sociales (enfermedad, vejez, desempleo, etcétera) que dentro del sistema capitalista se subsumen a la institución social del salario. En este contexto, la salud se aprecia como un bien social, como un derecho conquistado, que se organiza a través de los sistemas públicos de atención. Situación que fue reemplazada rápidamente, en especial en los países de América latina, por la delegación de la salud y del resto de las funciones sociales al sector privado. De esta manera el Estado se retira de la solidaridad social a la vez que se vuelve garante de las políticas neoliberales que suponen la primacía del mercado, a partir de las empresas multinacionales que motorizan el desarrollo económico a la vez que transforman el trabajo humano bajo los parámetros de la flexibilidad laboral y la competitividad individual. Modificación que repercute en el conjunto de la vida humana, que adquiere una dosis elevada de incertidumbre e

¹⁰ Eidelsztein. 2008. p 121.

inestabilidad. Fragilidad o inestabilidad social de un mundo globalizado, en donde los límites no se disciernen claramente y el mercado se expande conforme los espacios sociales –el lugar del hombre– se empequeñece.

En *La Sociedad Red* (2006), Castells menciona que estos cambios políticos y económicos, junto con las nuevas tecnologías, generaron la reorganización del tiempo y el espacio, en donde las relaciones sociales se desanudaron de las circunstancias locales. Este desanudamiento, efecto de la velocidad imprimida por las nuevas tecnologías y los nuevos modos de lazo, conlleva una disociación entre función y significado, donde los individuos se encuentran alienados a los mecanismos actuales de producción. Reorganización del tiempo y del espacio, desanudamiento de las relaciones sociales y alineación individual; situaciones reflejadas, reproducidas –más que capturadas y conjuradas– por la expansión del espectro del trastorno bipolar.

INDIVIDUALISMO MODERNO Y TRASTORNO BIPOLAR

Zygmunt Bauman (2009) toma como punto de partida para sus desarrollos sobre el individualismo, la tesis de Norbert Elias (1990) respecto de las transformaciones sociales y su relación con los individuos. Esta tesis afirma que ya no hay oposición entre individuo y sociedad, tensión que sostuvo la mayor parte de los pensamientos occidentales, incluyendo la genialidad freudiana. La sociedad en que vivimos ya no se opondría a los individuos (sociedad e individuos), sino que sería una sociedad “de” individuos. Nueva composición social que surge en dos oleadas, reestructurando el tiempo y el espacio de la comunidad. Modernidad sólida o primera modernidad que, por medio de la revolución industrial, desarticuló el tejido social y las formas de organización de la vida cotidiana en que se asentaba la comunidad. Primera “liberación del individuo”, que en realidad significó liberación de la vida comunitaria y sujeción a la clase trabajadora del nuevo espacio fabril. Luego, se concretó el segundo paso del proceso de individualización: modernidad líquida o segunda modernidad, donde los grandes espacios fabriles organizados por el control panóptico se derriten junto con todo lo sólido, para dar paso a la tecnología leve y las relaciones fluidas. Aquí, el tiempo se independiza del espacio y se utiliza como herramienta (medios de transporte o comunicación no humanos que acortan las distancias) en la tarea obsesiva de superar los obstáculos y resistencias que el espacio presenta. Segunda modernidad, en donde nada permanece idéntico a sí mismo por mucho tiempo, desaparece la rutina, la familiaridad; y el espacio que prevalece y domina la vida de los seres humanos es el individual. Sociedad de individuos donde los puntos externos, firmes, rutinarios y duraderos en que los sujetos podrían orientarse, desaparecerían en el presente interiorizado y siempre renovado de la libre elección individual.

Emancipación del individuo de sus redes sociales y comunitarias que, al mismo tiempo que estimula la autonomía, la autoafirmación y la capacidad de “libre” elección, genera una sensación de inseguridad creciente. “Los bienes o valores intercambiados

en la individualización son: seguridad y libertad” (Bauman, 2003, p 26). De esta manera se conformaría una sociedad que ha alcanzado toda la libertad disponible para sus miembros mediante la remoción de cualquier obstáculo o atadura (ya sea norma social, familiar, afectiva, colectiva, etcétera) que impida, o pretenda restringir en algún grado, el libre y **permanente movimiento**, el interminable autoperfeccionamiento y la inexpugnable y compulsiva autodeterminación del individuo. Su contrapartida sería el avance ominoso –sobre todo para la mayoría de individuos que no llegan a realizar o practicar los beneficios de tal “libertad”– de la creciente inseguridad e incertidumbre, efecto de la anulación de cualquier referencia externa y ajena al individuo.

Entonces, en un mundo donde la elección individual es la forma de lazo dominante y estructurador de la subjetividad, surgen demandas propias de los efectos de esa individualización, de esa “libertad”. Todo queda dentro del individuo o en el conflicto psi o en los neurotransmisores. Así, se genera una brecha entre el grado de libertad que ha logrado el hombre posmoderno y su capacidad para asumirla, que conduce a sufrimientos (*Ibíd.* p. 27).

De tal forma, podríamos pensar –a título de hipótesis, supuesto o reflexión– que la expansión –no el trastorno en sí– de trastornos del estado del ánimo, particularmente del trastorno bipolar, la ampliación de su espectro, sería la expresión muda y velada en la red neuronal o en la interioridad psi, de este nuevo lazo social, de esta nueva subjetividad. En ella, en la ampliación del espectro de la categoría de bipolaridad, se expresaría ciegamente gran parte de las nuevas demandas –sufrimientos– producto de esta brecha entre la “libertad” que ha “conquistado” el hombre posmoderno y su posibilidad de asumirla. Sufrimiento bipolar –libertad y seguridad– que al ser captados por la discursividad psicopatológica, pasa de condicionante de época a determinante individual del proceso patológico: episodios maníacos y depresivos.

En la actualidad, el diagnóstico de bipolaridad no se ajusta solo a los contenidos, cualidades y dimensiones específicas o primarias (melancolía: tristeza, autorreproches, sentimientos de culpa o de ruina, pensamientos recurrentes o ideación indialectizable, etcétera. Manía: euforia, megalomanía, fuga de ideas, etcétera) del espacio nosológico, ni a los mecanismos psíquicos o psicopatológicos comprometidos en ellos. Si no, que se amplía a la cantidad o reunión de síntomas menores que permiten la reducción a la aprehensión de los límites de estos espacios¹¹. Así, el tiempo –del ciclado– se convierte

¹¹ Espacios, o límites de ellos, que se encuentran en la sintomatología inespecífica y aditiva. Así, alcanzan tres (3) síntomas menores e irrelevantes a la particularidad del cuadro para diagnosticar por ejemplo un episodio maníaco. Tal como figura en los criterios diagnósticos del DSM IV, para el episodio maníaco bastaría con encontrar signos de: “autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, y más hablador de lo habitual”. Además de la escasa significación de estos signos y de su imprecisión (exagerada, disminución, más que lo habitual), nos encontramos con otra particular técnica de reducir el espacio nosológico al límite y de volverlo borroso. En el DSM IV se puede apreciar claramente –en el cuadro que sintetiza los síntomas– la correlación instaurada por la letra “o” utilizada en su función inclusiva. Correlación que tiene el efecto de dar una continuidad, de volver uno, dos síntomas distintos en intensidad y en cualidad. Ejemplo, autoestima exagerada o grandiosidad. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. Más hablador de lo habitual o verborreico, etcétera. Conjunto que arrastra al clínico hacia una imprecisión diagnóstica que remite a la expansión del cuadro.

en un factor determinante e independiente de cualquier espacialidad, estado (nosológico o no) o cualidad, permitiendo superar la resistencia, acortar las distancias y suprimir el significado de los síntomas adscritos a los estados del ánimo. La profundidad, junto con la significación de cualquier estado depresivo, se desvanece ante la instantaneidad o fugacidad de un solo signo o guiño que parezca disruptivo con la sintomatología depresiva; así como cualquier estado maníaco encuentra la libertad de fugarse –al menos un tiempo– hacia la tediosa “seguridad o inseguridad” del episodio depresivo. Aceleración temporal y reducción del espacio a sus límites que posibilita recorrer en una fracción de tiempo la inmensa distancia existente entre la melancolía y la manía. Con esta velocidad desaparecen los estados del ánimo –su diferencia– reduciéndose a episodios: categoría que remite a la **temporalidad expresada en momentos**. Solo hay momentos, conjunto de momentos o episodios (maníacos o depresivos) que constituyen puntos sin dimensiones. No se encuentran varios estados del ánimo, no existe más un “estado depresivo” y un “estado maníaco”, solo hay momentos o episodios del ánimo donde el estado desaparece en la circularidad de los momentos o episodios. Esto podría, siguiendo los desarrollos teóricos de Bauman y otros pensadores cercanos a las líneas de investigación sociales, pensarse como el “mayor trastorno” actual del estado del ánimo: su desaparición en la pura instantaneidad. Estructura temporal que manifestaría un **isomorfismo entre la modernidad liviana y la levedad del ánimo o del ser**, representada en la categoría actual del trastorno bipolar. Así, esta representación –trastorno bipolar– podría ser tomada no solo en la verdad capturada en el cuadro conformado por las conexiones externas entre las descripciones sintomáticas y el lenguaje; sino que también en su relación con la teorización –en este caso social y cultural– habilitando o reintroduciendo una interrogación de los sentidos, las condiciones de producción de las denominaciones psicopatológicas y de los síntomas. En definitiva, un retorno sobre el problema del síndrome: la relación dinámica y compleja (connotación-denotación) entre las categorías o signos y los objetos de estas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Recuperado en agosto 1, 2011 de <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>
- Bauman, Z. (2003). *Comunidade. A busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Buenos Aires: Anthropos.
- Bauman, Z. (2009). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Braunstein, N. (2005). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castells, M. (2006). *La Sociedad Red*. Barcelona: Alianza.
- Clavreul, J. (1983). *El Orden Médico*. Barcelona: Argot compañía del Libro, S.A.
- Deleuze, G. (2001). *Presentación de Sacher Masoch: Lo Frío y lo Cruel*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan I-II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Edic. Península.
- Foucault, M. (2002). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. & Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar edit.
- Griesinger, W. (1997). *Patologías y Terapéutica de las enfermedades mentales* (2 tomos). Buenos Aires: Pamos.
- Joseph Moya i Ollé. (1999). La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 693-702.
- Kraepelin, E. (2012). *La locura maníaco-depresiva*. Barcelona: Ergon.
- Ortiz Lobo, A. & De la Mata Ruiz, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Revista Átopos*, 2 (1), 15-22.
- Rodríguez, D. & Paulucci, O. (1991). La misteriosa desaparición de las neurosis. Causas y consecuencias. *Revista de Psicoanálisis de APA*, XLVIII (3) (Homenaje a Lacan), 19.
- Roudinesco, E. (2005). *El Paciente, el Terapeuta y el Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Saurí, J. (1969). *Historia de las ideas psiquiátricas*. Buenos Aires: Lohle.
- World Health Organization (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima Revisión)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 1 de agosto de 2011, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2_contenido.pdf