La enfermedad maníaco-depresiva: aspectos psicodinámicos y sintonía afectiva

Christian Widakowich

Médico psiquiatra.
Servicio de Psiquiatría del Hospital Ambroise Paré, Mons, Bélgica.
E-mail: chwidakowich@hotmail.com

Resumen
En una época donde la enfermedad maníaco-depresiva se ha transformado en el trastorno bipolar, siendo conceptualizada y tratada como una enfermedad casi enteramente biológica, encontramos relevante revenir sobre algunos aspectos psicodinámicos fundamentales de esta afección.
Clásicamente, la teoría psicoanalítica parte del concepto de melancolía para introducir secundariamente a la manía, como una solución liberadora de la depresión. Para Abraham, la manía es la liberación del sufrimiento impuesto por el principio de la realidad. Para Freud, la manía es una fuga del yo ante un superyó demasiado tiránico. Klein explica que la manía se utiliza para contrarrestar la posición depresiva y así evitar la culpabilidad dentro del yo. Para Racamier, la manía es claramente una frenética negación de la angustia y el sufrimiento moral. Finalmente, en la actualidad, algunos autores como Chabot y Husain intentan definir la organización maníaco-depresiva, con la ayuda de las técnicas proyectivas. Esta organización se encontraría entre la psicosis y la estructura límite. Uno de los elementos axiales de esta organización podría ser la búsqueda de una simbiosis afectiva con el otro. Este concepto se acerca estrechamente al término "sintonía" acuñado por Bleuler en 1911. En este artículo, examinamos el concepto de enfermedad maníaco-depresiva desde una perspectiva psicodinámica y estructural, demostrando la importancia del concepto de sintonía con su consecuente utilidad clínica.
Palabras clave: Enfermedad maníaco-depresiva - Trastorno bipolar - Psicodinamia - Organización maníaco-depresiva - Técnicas proyectivas - Sintonía.

THE MANIC DEPRESSIVE DISEASE: PSYCHODYNAMICS ASPECTS AND AFFECTIVE SYNTONY

Abstract
In a time when manic-depressive disease became bipolar disorder, and it is conceptualized and treated almost as a fully medical illness, such as epilepsy, we found worth returning to some psychodynamic aspects underlying this condition. Conventionally, we depart from the concept of melancholy, to introduce in a second time, the mania, as a liberating solution of the depression.
To Abraham, mania is the liberation from suffering imposed by the reality principle For Freud, mania becomes a leak from the ego face a tyrannical superego (the encounter of ego and the ego ideal). Klein explains that the mania serves to counter the depressive position and thus avoid the guilt inside of ego. For Racamier, mania is clearly a frantic negation of the anguish and emotional suffering.
Today, some authors as Chabot and Husain try to define the manic depression organization, with the help of projective tests. This personality structure would be between psychosis and borderline. An axial element of this structure is the research for an affective symbiosis with each other. These concept, strongly resemble the "syntony", from Bleuler. We trace the evolution of manic depression from a psychodynamic and structural point of view, with particular interesting in the concept of syntony.
Key words: Manic-depressive - Bipolar disorder - Psychodynamic - Manic-depressive organization - Projective tests - Syntony.

Introducción e historia

Como decía Racamier, "hubo un tiempo donde la manía no desaparecía con un simple golpe de neurolépticos y aún despertaba la curiosidad de los psiquiatras..." (1). Ya en 1979 este autor llamaba la atención sobre el manto de oscurantismo biológico que cubriría el interés psicopatológico y psicodinámico por la enfermedad maníaco-depresiva.

Cuando uno se aboca a trazar la historia de una afección psíquica se encuentra con un error muy frecuente; el de tratar de proyectar en el pasado el uso que se le da a la acepción en el presente. Las fluctuaciones del humor son conocidas desde siempre y aparecen retratadas en recitos mitológicos y epopeyas homéricas: el furor y el suicidio de Ajax, la cólera de Aquiles o la melancolía de Belerofonte (2). Los orígenes de los términos "Melancolía" y "Manía" remontan a la antigua Grecia donde se definían vagamente por la ausencia de razón o como una "pasión del alma". Henri Ey nos dice que una gran cantidad de alienados o incensados eran considerados, sin limitación real, como afectados de melancolía, enfermedad triste de los humores, o como afectados de manía -proveniente epistemológicamente de las Ménades, compañías orgiásticas dionisíacas que representaban en Grecia la locura- (3). En la cultura griega, la excitación de la afectividad terminaba en irracionalidad y locura.

En cuanto a las primeras descripciones, es Areteo de Capadocia (siglo II a. C.) el que comenzará a utilizar la palabra "manía" para describir a las personas "que ríen, cantan, bailan noche y día, que se presentan en público y caminan con la cabeza coronada de flores, como si vinieran vencedores de los juegos". Luego, estas personas cambiaban de humor convirtiéndose en gente "abatida, triste y taciturna" (4).

Sin embargo, será Théophile Bonet quien describirá mucho tiempo después, en 1686, la relación entre los dos estados de ánimo extremos, acuñando el término latino manico-melancolicus, con la forma clásica del Jano Bifronte (5). Este será retomado por la psiquiatría del siglo XIX: Baillarger (1854) describe la folie á double forme, en tanto que Falret hablará de la folie circulaire en el mismo año. En el mismo sentido, Kraepelin (1899) promoverá el concepto de "psicosis maniaco-depresiva", hasta que éste será destronado por aquel de "trastorno bipolar", creado por Kleist (1953).

En un sentido epistemológico más amplio y determinante, Kraepelin, en su distinción entre la demencia precoz y la enfermedad maníaco-depresiva, se ocupará de separar el pensamiento del afecto. Como nos dice G. Berrios, después de 1910 la historia de los trastornos afectivos estará fuertemente marcada por el análisis de la fragmentación de las nociones kraepelinianas (6). Desde entonces, se ha continuado a tratar la depresión y la manía como dos estados opuestos de una misma realidad, como dos antagonistas de la misma estructura de conflicto (7).

La sintonía como componente estructural de la manía

A partir de la distinción propuesta por Kraepelin, algunos autores intentarán establecer los componentes estructurales de cada una de estas dos entidades. En primer lugar, Kretschmer distinguirá los términos "cicloidia" (para el maníaco-depresivo) y "esquizoidía" (para la demencia preacox), según la propensión a resonar o no con el ambiente. Sobre esta base, Bleuler sustituirá el término "cicloidia" por aquel de "sintonía", describiendo la tendencia del maníaco para "vibrar al unísono con el ambiente" (8). En la sintonía, se da la fusión íntima y armoniosa del sujeto con el ambiente en oposición a la constitución esquizoide donde el sujeto no vive en contacto con el mundo exterior. Sintonía significa a su vez, unidad y armonía intrapsíquica: en el sujeto síntono, es la totalidad de la persona que reacciona; él está contento en un ambiente alegre y alicaído en un ambiente triste; así, todo movimiento afectivo compromete a la persona sin dejar lugar a otro sentimiento. No está de más remarcar que la sintonía y la esquizoidía no son caracteres mórbidos en sí; estos pueden ir desde el carácter normal hasta su expresión más saliente y patológica, al mismo tiempo que éstos pueden presentarse en distintas proporciones en la misma persona: los caracteres puros no existen como tales.

Sin embargo, si bien podemos afirmar que el esquizofrénico se vuelve cada vez más esquizoide y menos síntono con respecto al ambiente, quizá no podamos decir la misma cosa con respecto al maníaco-depresivo. Como lo señala Minkowski, si tomamos la sintonía como la capacidad de comprender a nuestros semejantes, de compartir con ellos nuestras miserias y nuestras alegrías, nada de esto se da en el maníaco que presentará más bien un flujo incesante de fuga de ideas y una labilidad del humor, que un exceso de sintonía (8). En un primer momento, este ser atraído por todos los estímulos parece ser el campeón de la comunicación y las relaciones humanas, pero visto con detenimiento, éste presenta una alteración profunda de la interpersonalidad. Demasiado familiar en sus comentarios, inadecuado en sus intervenciones al punto de ser irrespetuoso y cínico, todo delata una incapacidad para constituir una relación armónica y auténtica con el otro.

El caso Elsa Strauss, relatado por Binswanger en Manía y Melancolía (9) es un claro ejemplo de esto: una paciente maníaca se escapa de la clínica donde está hospitalizada, vaga por las calles y entra a una iglesia donde en ese momento tiene lugar un servicio religioso y un organista está tocando. Ella sube hasta donde está el órgano, felicita al organista por lo bien que toca y le pide que por favor le empiece a dar clases en ese mismo instante. En este ejemplo, vemos claramente cómo la sintonía está más deformada que amplificada; se desconoce el contexto de la situación, y todo se transforma en algo disarmónico.

Para Bleuler, la sintonía en tanto que característica estructural del maníaco-depresivo sería más importante que la forma cíclica de la enfermedad (10, 11). Él concibe la sintonía del maníaco-depresivo de la misma manera que ve al autismo en la esquizofrenia, como una forma de ser-en-el-mundo, como un núcleo organizador. Con esta perspectiva, desplazará el foco del humor al afecto: lo que cuenta realmente, ya no son las variaciones alter-

nantes del humor, sino más bien una calidad afectiva particular (12). Esta visión de cosas puede emparentarse a la cuestión de la intensidad de la sensación y el afecto en estos individuos. La cuestión de la intensidad en el maníaco ya había sido tratada desde Esquirol (1820) "todo causa en ellos una impresión muy viva (...) todo es forzado, exagerado en la forma en la que sienten, piensan o actúan" (13), cosa que es señalada a su vez por el mismo Bleuler (1911) "el maníaco recibe al mundo exterior con bulimia, con un entusiasmo excesivo..." (10). La pregunta es, entonces, ¿por qué, para qué, tanta intensidad de los afectos? ¿Será para evitar una suerte de angustia generada por el vacío? Trataremos de responder a la cuestión ulteriormente, con la ayuda de las técnicas proyectivas.

En cuanto a los psicoanalistas, comenzado por Freud, la lógica sería quizás otra. Como es sabido, en la teoría psicoanalítica se parte del concepto de melancolía, para introducir la manía como una emergencia secundaria de la depresión, como una solución liberadora. Para Freud, la manía es una fuga del yo ante un superyó demasiado tiránico (14). Para Abraham (1912), la manía es la liberación del sufrimiento impuesto por el principio de realidad (15). Klein (1934), discípula de Abraham, explica que la manía sirve para contrarrestar la posición depresiva y así evitar la culpa al interior del yo (16). Para ella, la manía es una elaboración defensiva, una manera patológica para combatir la angustia, y más concretamente, la angustia depresiva. Segal (1964) por su parte, se ocupará de las defensas maníacas; éstas serían el control, el triunfo y el desprecio mencionando al mismo tiempo que el clivaje, la identificación proyectiva, la idealización y la negación estarían a la base de este sistema defensivo (17).

Finalmente, en los textos de Racamier (1) encontramos que la importancia radica en la articulación dinámica interna entre la euforia maníaca, la angustia y la vivencia depresiva. Como ejemplo, el autor toma un caso anteriormente descripto por H. Ey, donde una mujer maníaco-depresiva presenta un acceso maníaco tres días después de la dramática muerte de su marido. En primer lugar, en un raptus de angustia, la paciente intenta defenestrarse. Luego, se sumerge en un estado oniroide donde tiene la extraña impresión de que todo a su alrededor ha cambiado. Es en ese preciso momento en que ella hace un cuadro de excitación con un brote maníaco, pidiéndole a su marido muerto de liberarla. En este caso clásico de "duelo maníaco", la manía opera como la negación delirante de la muerte traumática, con el siguiente movimiento: ansiedad-desconcierto-manía; durante el acmé de la ansiedad, la persona pasa por un obscurecimiento de la conciencia donde va a iniciarse la excitación maníaca.

En una lógica que no se aleja demasiado de esta idea, podríamos encontrar algunas similitudes en los conceptos actuales sobre el continuum del trastorno bipolar, como el de Perugi y Akiskal, que establecen las dimensiones del humor, ansiedad-sensibilidad e impulsividad, formando el tronco común del "temperamento ciclotímico-ansioso-sensitivo"(18).

La parte sumergida del iceberg

No retomaremos aquí en detalle los textos psicoanalíticos clásicos sobre el tema (14, 15, 16, 17), pero intentaremos trazar la evolución del concepto de maníaco-depresión a lo largo de los años, según el enfoque psicodinámico.

Ya hemos mencionado que el desarrollo de los mecanismos psicológicos subyacentes a esta enfermedad se había desplegado esencialmente alrededor del modelo explicativo de la melancolía. Desde 1912, con los primeros trabajos de Freud y Abraham sobre la melancolía y la manía se establece la concepción clásica de la melancolía como "una forma arcaica del duelo". Mientras que en la persona "normal" la introyección de la persona amada que sigue a una pérdida real se hace en servicio a la conservación de la relación con el difunto, la introyección del melancólico ocurrirá sobre la base de una perturbación fundamental en la relación libidinal con el objeto. Para el melancólico, el conflicto de la ambivalencia de la libido es tan marcado, que cualquier sentimiento amoroso está permanentemente amenazado por su contrario. El estado maníaco o depresivo se construiría así a partir de los mismos materiales que la personalidad maníaco-depresiva, estando esta personalidad principalmente marcada por necesidades narcisistas muy intensas. Esta condición obligaría a la persona a establecer sus relaciones interpersonales de una manera narcisista, es decir, a elegir "objetos" a su propia imagen, amándolos con avidez para a su vez sentirse exclusivamente amado. Exigente, exclusiva y ávida, la persona termina siendo desencantada por el objeto, que termina por abandonar.

En el movimiento depresivo, el odio generado por la renuncia al objeto se vuelve contra el sujeto, que cae en el furor melancólico. En la manía, en cambio, hay una inversión de la situación económica y dinámica: se podría decir que el trayecto de la melancolía hacia la manía es el trayecto que va desde la derrota del yo ante el objeto al triunfo del yo sobre el objeto, respuesta maníaca del yo que se embriaga de una victoria ilusoria (18). Pero mientras que en la melancolía, el yo es recubierto por la sombra del objeto perdido, y a su vez es sumido a la crítica implacable del superyó; en la manía, el yo parece reconciliarse con el superyó, hasta el punto que ya no se puede criticar o frenar su pulsión incesante. El desafío está en la cuestión de la liberación del yo. Freud describe que "cuando algo del yo está de acuerdo con el yo Ideal (ideal-Ich), siempre se producirá una sensación de triunfo" (19), y por el contrario, "que la culpa (y el sentimiento de inferioridad) pueden entenderse como una expresión de la tensión entre el yo y el yo ideal". Se podría decir que la melancolía ata la energía y que la manía la desata, en un sentido de liberación.

Abraham agrega a la teoría freudiana que la libido de los maníacos se expresa en la concupiscencia oral y la incorporación. Sin embargo, menciona que el individuo maníaco tiene también la necesidad de expulsar rápidamente el objeto, asociando el estado maníaco a la primera fase de la etapa anal. Tomemos su monografía publicada en 1911 sobre el pintor italiano Giovanni

Segantini (20). Este pintor italiano de la segunda mitad del siglo XIX, tenía un particular interés por el dibujo de los paisajes alpinos y sus simbolismos. Habiendo perdido su madre a la edad de 5 años, se queda huérfano. Así, la tierra, la naturaleza y los paisajes representarían su madre bajo la forma de un recuerdo idealizado. Para Abraham, el fervor con que el artista quiere "beber" todo el espectáculo de la naturaleza correspondería a una oralidad maníaca con una voluntad de ver todo, de abrazar todo, de vivir todo. Asimismo, esto nos reenviaría también a la noción de incorporación cabalística.

Por su parte, Klein, en 1934, entiende la manía o las defensas maníacas como la solución encontrada para contrarrestar la posición depresiva y evitar la culpabilidad dentro del yo, culpabilidad que de esta forma es negada (16). Recuérdese que para Klein hay dos situaciones evolutivas; una llamada "la posición esquizo-paranoide", que domina hasta los primeros 4 meses de vida, para luego dejar lugar a la "posición depresiva", que aparece alrededor del destete hasta el fin del primer año de vida. Para Klein, desde el nacimiento, el recién nacido expresa pulsiones libidinales agresivas para cuya elaboración hace falta un clivaje del objeto entre una parte "buena", que es introyectada, y una "mala", que recibe los ataques y proyecciones del yo. Esta primera situación cede gradualmente el lugar a la posición depresiva que se caracteriza por la percepción del objeto como "total" por la convergencia de las pulsiones sobre el objeto. Esta atenuación tiene por consecuencia una angustia "depresiva" por miedo de perder el objeto luego de los ataques. Frente a esta angustia, aparecería la puesta en marcha de mecanismos de defensa como la elación maníaca, la reparación del objeto y la inhibición de la agresividad. La elaboración patológica de la posición depresiva del recién nacido conduciría a la imposibilidad de restablecer los buenos objetos, dicho de otra manera, de tener una imagen reparadora de los padres. A su vez, agrega que el yo ejerce un control constante sobre el objeto, lo que provoca una hiperactividad y la omnipotencia del estado maníaco. Más tarde, Klein hablará de la defensa maníaca como una negación parcial de la realidad psíquica de la persona, que se encuentra en el punto culminante de la posición depresiva.

En 1964, Segal continuará en la misma línea que Klein, investigando sobre las defensas maníacas. Para la autora, el control, el triunfo y el desprecio, que permiten negar el valor del objeto, son los sentimientos fundamentales que forman la defensa maníaca. A su vez, agrega que la negación, el clivaje, la idealización y la identificación proyectiva estarían a la base de estas defensas (17).

¿La enfermedad maníaco-depresiva, una psicosis?

La pregunta si el trastorno maníaco-depresivo es una psicosis en un sentido estructural, o si lo es por la pérdida de contacto con la realidad que se manifiesta durante la fase maníaca queda a precisar.

Para el psicoanálisis, la estructura psicótica está basada en función de la falta de frustraciones precoces y las inducciones pulsionales particularmente tóxicas sin para-excitante suficiente.

El yo psicótico se organiza antes de la "divided line" de Abraham, en los estadios orales y en la primera fase anal (expulsar), antes de la segunda fase anal (retención) sin permitir la integración del triángulo edípico, como pasa en las neurosis. Todas las fijaciones y regresiones situadas antes de esta línea de separación corresponderían a las diferentes estructuras psicóticas (21).

Dentro de las estructuras psicóticas, la más arcaica sería la esquizofrenia, seguida por la melancolía y luego por la paranoia. Sin embargo, esto podría ser exacto cuanto al desarrollo libidinal pero no cuanto al estadio de elaboración del yo. Pareciera que el yo del melancólico tiene un nivel de adaptación y maduración superior a aquel del paranoico. No todos los autores llegan a ponerse de acuerdo sobre esta cuestión.

Para Abraham, existen varios paralelos entre la melancolía y la paranoia, señalando que la melancolía se encuentra fijada a una etapa menos evolucionada que la paranoia. Por el contrario, para H. Deutsch (22), la manía se encuentra en la etapa fálica, en renegación de la (Verleugnung) castración. También apunta, que el componente paranoico se encontraría en todos los casos de la enfermedad maníaco-depresiva. Sobre este punto, Klein comenta que "...la manía permite escapar de la melancolía (...) pero que la manía es también un refugio para un yo incapaz de controlar la situación paranoica" (23).

En fin, para Bergeret (1974), sin embargo, el yo del maniaco-depresivo es más evolucionado que el del paranoico. El autor clasifica la maníaco-depresión en la estructura psicótica, -al nivel del desarrollo libidinal-, pero también considera que la distinción yo/no-yo ha podido ocurrir en el melancólico. El maniaco-depresivo sería un personalidad límite que "se desliza" en un funcionamiento psicótico a través de una sintomatología melancólica. Bergeret situará esta organización de la personalidad entre la frontera de la psicosis y el desarrollo límite (21).

En cuanto a la validez de estas teorías, los estudios epidemiológicos actuales parecerían confirmar estas nociones psicodinámicas ya que ponen en evidencia la presencia de apegos precoces y una organización familiar particular en los pacientes bipolares. Estos eventos precoces pueden ser: antecedentes de maltrato físico y emocional, carencias afectivas o poca atención de la parte de los padres o bien al revés, una actitud sobreprotectora; mala interacción padres-hijos, menos calor maternal y una relación paternal tensa y hostil; presencia de una madre dominadora y un padre ausente en el plano emocional y físico; ausencia de relaciones íntimas extrafamiliares (24).

La enfermedad maníaco-depresiva en las técnicas proyectivas: a la búsqueda de la sintonía afectiva.

La "locura maníaco-depresiva" figura entre las patologías ilustradas por Rorschach (1921) en su Psicodiagnóstico. En un mismo paciente en fase melancólica distingue "un doloroso enfrentamiento en las formas reconocibles y en consecuencias buenas..." durante la

fase maníaca "una combinación de G confabuladas y malas formas" (25).

Varios autores remarcan las coincidencias entre los mecanismos melancólicos y paranoicos. En un estudio realizado por Chabot y colaborades (2003), los autores se interrogan sobre la homogeneidad estructural de los pacientes maníaco-depresivos. Entran en la muestra 8 pacientes bipolares (según el DSM-IV), incluyendo 3 en fase depresiva, 3 fases hipomaníaca y maníaca, y 2 eutímicos. En este grupo de 8 pacientes, encontraron algunas invariantes de la estructura psicótica en los test proyectivos: angustia de fragmentación, angustia de persecución, relación al objeto simbiótica, trastornos del pensamiento, y negación de la realidad (26). En este artículo encontramos 2 puntos particularmente interesantes: uno, la existencia de angustias de persecución en el funcionamiento psíquico de los bipolares, con un aspecto menos organizado que en la paranoia; el otro, las vivencias de intensidad que se reflejan en el plano de la afectividad, y también en el plano de la sensación y el pensamiento. Así, los autores se preguntan si esta intensidad no sería una defensa para luchar contra la ansiedad de no sentir nada, contra la angustia del vacío y la muerte, dicho de otro modo, contra la melancolía.

En un artículo de 2006 de Sagelas-Granval, de una muestra de 12 pacientes bipolares tipo I, evaluados durante el intervalo de los episodios tímicos, se determinan: una permeabilidad excesiva al medio, una porosidad de los límites, una sensorialidad y una afectividad excesivas y una preponderancia del polo afectivo-sensorial. Asimismo, el autor concluye en su investigación, que los pacientes de la muestra tienen un funcionamiento límite por unanimidad (27).

En 2006 también, en un estudio realizado por Husain y colaboradores (12), los autores proponen definir un esbozo de la organización maníaco-depresiva. Para ello, seleccionan una muestra de 8 pacientes con un "colorido" que podría asemejarse a la organización maníaco-depresiva, haciéndoles pasar test de TAT. Entre ellos, 5 pacientes presentan síntomas de un halo depresivo y los otros 3 se situarían en la vertiente hipomaníaca. El análisis se realiza sobre una cuadrícula dividida en los ejes organizadores del funcionamiento psíquico (relación de objeto, angustia, mecanismos de defensa y proceso del pensamiento). En esta investigación se identifica una relación de objeto marcada por una búsqueda de simbiosis al nivel del afecto (en lugar de una simbiosis corporal o del pensamiento), una angustia de fragmentación y persecución más bien discreta, un yo relativamente construido pero invadido por la experiencia sensorial o afectiva, defensas maníacas esencialmente expresadas a través de un contenido festivo, lúdico y alegre, un discurso a menudo abundante donde los datos proporcionados tratan de transmitir un "sentimiento" y un ambiente donde el vocabulario está marcado por la intensidad. Los autores se proponen también buscar elementos que puedan evocar el concepto de sintonía de Bleuler, o esa "cualidad afectiva particular" que tiene los maníaco-depresivos. En el análisis detallado de las formulaciones y las respuestas relativas al afecto, se caracterizan 2 puntos: la calificación del afecto y la simbiosis afectiva. El afecto del maníaco-depresivo se presenta con intensidad y se desbordamiento, el paciente insiste en la descripción, la calificación y la exactitud del afecto evocado. Se entienden calificativos como "feroz, penetrante, furioso" y adverbios que invocan la intensidad "siempre, nunca, muy muy, totalmente".

En lo que respecta a la simbiosis afectiva, -término utilizado por Wallon (1934)- para describir la sociabilidad sincrética de bebés, con sus interacciones miméticas donde los niños no se distinguen del otro (28). En el TAT, tanto en la relación con el examinador como en los elementos que hablan de la relación de objeto, existe un anhelo a una especie de unión total entre el sujeto y el objeto. En esta relación simbiótica, la maníaco-depresivo busca una especie de continuidad y contigüidad entre él y el mundo circundante, de una manera más sofisticada que la identidad corporal del esquizofrénico, o el pensamiento paranoico. En cuanto a la relación con el examinador, si el paranoico debe asegurarse que el otro "piense igual", el maníaco-depresivo necesita que el otro "sienta igual", buscando una comunión afectiva, una sintonía con el medio, con una gran inversión a nivel de la relación. Pero si bien esta simbiosis afectiva podría ser una forma de lucha contra las angustias de fragmentación, se alternan también movimientos de aproximación y alejamiento, para no perderse en la indiferenciación.

Conclusión

¿Cómo concluir entonces? Intentemos responder primero a la pertenencia de la enfermedad maníaco-depresiva al campo de la psicosis, pregunta que reviene frecuentemente entre psiquiatras. La mayoría de nosotros concuerda en que el trastorno maniaco-depresivo o la bipolaridad es un continuum, desde las personas que funcionan correctamente en la sociedad hasta los que vemos en psiquiatría y se deterioran mucho más rápidamente. Dependiendo del grado, podríamos hablar de una organización psicótica o una organización límite de la personalidad.

En los casos más marcados, diremos que la enfermedad maníaco-depresiva es una psicosis afectiva, donde se lucha contra la fragmentación con una naturaleza de objeta simbiótica, en el plano afectivo.

En cuanto a la existencia de una organización maníaco-depresiva en el sentido propio del término podemos decir, con Hussain y colaboradores, que "esta organización mantiene un patrón específico: el estímulo es abordado de un modo afectivo; la afectividad se expresa con insistencia e intensidad en la relación con el otro y el mundo circundante es matizado por una forma particular de simbiosis que busca la continuidad de las cosas y los seres en una fantasía de unión total" (12). Como lo afirman estos autores, el hilo conductor y común denominador es el concepto de "sintonía" de Bleuler. En este sentido, si bien la identidad del maníaco-depresivo esta mejor constituida que el esquizofrénico, la sintonía es una lucha contra la angustia de fragmentación y la no continuidad con el ambiente puede causar un vacío

amenazante, equivalente a algo de mortífero. Como dice Racamier, la sintonía del maníaco es ilusoria; "el maníaco concebido como el campeón del contacto con los otros, es por el contrario uno de los seres más difícil de abordar en una relación genuina", ¿por qué? Porque "la manía es claramente una negación total de la angustia y el sufrimiento moral (...) en el fondo de toda euforia mórbida se esconden la angustia y el suicidio" (1).

Cada vez que vemos más de cerca nuestros pacientes, la cuestión nosológica queda en un segundo plano y nos encontramos con la persona en su humanidad, sus angustias y su desamparo. Como psicoterapeutas, nuestro trabajo será de sumergirse en el profundo desarraigo ocultado por la manía, para intentar traer a la superficie los elementos que aún son capaces de ser reconstituidos ■

Referencias bibliográficas

1. Racamier P. De l'angoisse à la manie. En: Racamier P. De psychanalyse en psychiatrie: Études psychopathologiques. Paris: Payot; 1979.
2. Bourgeois L. Manie et dépression. En: Bourgeois L. comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris: Odile Jacob; 2007.
3. Ey H. Etude N.° 21: Manie. En: Ey H. Études psychiatriques. Paris: Desclée de Brouwer; 1954.
4. Arétée de Cappadoce. Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aigües et chroniques. Paris: Lagny; 1834.
5. Ey H. Etude N.° 25: les psychoses maniaco-dépressives. En: Ey H. Études psychiatriques. Paris: Desclée de Brouwer; 1954.
6. Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
7. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. Paris: Masson; 1978.
8. Minkowski E. La schizophrénie. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1997.
9. Binswanger L. Melancholie und Manie: Phänomenologische Studien. Pfullingen; 1960.
10. Bleuler E. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: Éditions EPEL; 1993.
11. Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z ges Neurol Psychiat 1922; 78: 373-99
12. Husain O, Reeves N, Choquet F, Chabot M, Revaz O. A la recherche d'une organisation maniaco-dépressive au TAT. La Psychologie clinique et projective 2006; 12: 429-458.
13. Esquirol E. De la lypémanie ou mélancolie. En: Postel J. In La psychiatrie: textes essentiels. Paris: Larousse; 1994.
14. Freud S. Deuil et mélancolie En: Freud S. Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1968.
15. Abraham K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. En: Mendel G. Œuvres complètes, Vol. 1: Rêve et mythe. Paris: Payot; 1965. p. 99-113.
16. Klein M. Contribution à la psycho genèse des états maniaco-dépressifs. En: Mendel G. Essais de psychanalyse: Mélanie Klein 1921-1945. Paris: Payot; 1971. p. 311-340.
17. Segal H. Introduction à l'œuvre de Melanie Klein. Paris: PUF; 1964.
18. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin North Am 2002; 25: 713-737.
19. Assoun P-L. L'énigme de la manie. Paris: Les éditions arkhê; 2007.
20. Freud S. Psychologie collective et analyse du moi. Paris: Payot; 1968.
21. Abraham K, Barande I. Giovanni Segantini. Essai psychanalytique. En: Abraham K. Psychanalyse et culture. Paris: Payot; 1968.
22. Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod; 1974.
23. Deutsch H. The psychology of manic-depressive states with particular reference to chronic hypomania. In: Deutsch H. Neurosis and character types. New York: International University Press; 1965.
24. Bléandonu G. L'école de Melanie Klein. Paris: Editions du Centurion; 1985.
25. Hamdani N, Gorwood P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. Encéphale 2006; 32/2: 519-25.
26. Rorschach H. Psychodiagnostic. Paris: PUF; 1976.
27. Chabot M, Husain O, Reeves N, Choquet F. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT: diversité et homogénéité? Psychologie projective et clinique 2003; 9: 255-283.
28. Sagelas-Granval C. Les troubles bipolaires: réflexions psychopathologiques et perspectives psychothérapiques. Perspectives psychiatriques 2004; 43 (5): 387-403.
29. Wallon H. L'évolution psychologique de l'enfant. Paris: Armand Colin; 2002.