

'Bipolarización' versus 'borderización' de la clínica en la psiquiatría contemporánea

Gerardo Spatola

“Quien quiera formarse una opinión realmente experta, deberá estudiar psicopatología.”(...)

“Hará bien en dejarse inspirar en los simples hechos, siempre y cuando sea capaz de verlos.”

Karl Jaspers

“En psiquiatría, nuestros conceptos nosológicos pueden tener por sí mismos un valor terapéutico.”

“En psiquiatría la noción de curabilidad puede tener a veces por sí mismo un valor curativo.”

Eugen Minkowski.

Lamentablemente hasta las mejores corrientes del pensamiento científico muchas veces derivan en decadentes procesiones religiosas fanáticas que siguen a sus dogmas de moda. Esta desviación epistemológica no es nueva en la historia de la psiquiatría porque cada época científica tiene su paradigma santificado para ser adorado con ciega devoción. Desde fines del siglo XX se asiste a una novedosa reconversión mística de nuestra renovada disciplina: la excomunión de la “borderización” clínica con el bautismo de su “bipolarización” actual. O sea la mutación del credo diagnóstico-terapéutico que transforma “el espectro borderline” de antes en “el espectro bipolar” de ahora. Así los mismos pacientes de ayer y hoy son tan sobre/infradiagnosticados como sobre/infra-tratados según los dictámenes de los concilios especializados que publican sus propias encíclicas. Sin embargo la comprobada seriedad de numerosas investigaciones científicas tanto de valor histórico como de curso vigente no merece esta primitiva religiosidad irónica del destino que burla el objetivo ético de aliviar mejor el sufrimiento humano por la enajenación fundamentalista en “el nombre de la ciencia”. Por eso se intenta desarrollar una reflexión crítica acerca de los antecedentes, los desarrollos y los logros de cada propuesta científica para la construcción epistemológica de cada entidad psicopatológica vigente en la clínica cotidiana (en este caso la personalidad borderline y el trastorno bipolar), poniendo especial énfasis en las deformaciones irracionales del conocimiento científico cuando el fanatismo místico y la mediocridad intelectual distorsionan el pensamiento crítico del profesional.

CUANDO LOS BORDERS VIENEN ACTUANDO...

En la época de apogeo del psicoanálisis se empiezan a investigar aquellos casos “difíciles” que no responden por peculiar “resistencia” al

tratamiento psicoanalítico ortodoxo propuesto tradicionalmente para las neurosis. Así diversos autores de la década del 30 postulan diferentes denominaciones provisionarias para las futuras personalidades borderlines: “esquizofrenia pseudoneurótica”, “esquizofrenia latente”, “personalidad como si”, etc. Recién durante los años 50 y 60 se va independizando nosológicamente esta caracteropatía tan fronteriza como escurridiza del “espectro esquizofrénico” al ir perdiendo relevancia diagnóstica la azarosa y transitoria sintomatología psicótica que pueden presentar estos cuadros en períodos de descompensación (o sea los llamados “episodios micropsicóticos” con plena “restitución ad-integrum”). Indudablemente son autores como Knight, Gunderson y Kernberg quienes consolidan esta desviación caracterológica en la psicopatología clínica desde el psicoanálisis aplicado a la investigación más “objetiva” de casos clínicos, sin basarse tanto en una perspectiva “intersubjetiva” por dejar de apuntalarse exclusivamente en el juego de la “trans-contra-transferencia”. Entonces esta versión científica de la investigación psicoanalítica compartida por la medicina se acerca también críticamente a la psiquiatría para enriquecer el desarrollo clínico de la pujante psiquiatría dinámica con una revolucionaria creación psicopatológica propia sin precedentes. Por supuesto que el reconocimiento de esta novedosa entidad es resistida por la psiquiatría clásica que defiende la tradicional “esquizofrenización” clínica de sus pacientes al sobrediagnosticar como “psicosis esquizofrénica” a los rebautizados “borderlines” que presentan síntomas psicóticos limitados a la duración de las crisis caracterológicas. Y también esta entidad psicopatológica es ferozmente atacada hasta la renegación o la desmentida de su existencia concreta en la práctica asistencial por la versión del psicoanálisis más estructuralista que promueve Lacan con su mesiánico “retorno a Freud” para diferenciarse políticamente como línea interna del amplio abanico psicoanalítico y distanciarse doctrinariamente de la psiquiatría como representante caduco del “orden médico” modernizado.

Sin embargo hacia los años 70 se consolida oficialmente esta caracteropatía en la nosología psiquiátrica-psicoanalítica internacional para ser valorada con la seriedad fenomenológica-metapsicológica que se merece en la clínica. Luego empieza su lamentable proceso de decadencia nosológica al transformarse en un hegemónico espectro infinito del sobrediagnóstico que a modo de revancha pseudocientífica desmiente o reniega groseramente la histórica existencia previa de los esquizofrénicos... tan subdiagnosticados desde entonces. Y cabe destacar que la simplificación nosológica estructural en neurosis-perversión-psicosis para varios autores desde Freud hasta la polémica inclusión de la estructuración borderline de la personalidad le sigue prestando una escasísima atención teórico-clínica a la bipolaridad maniaco-depresiva con la honrosa excepción de la gran psicoanalista “transgresora” F. Fromm-Reichmann.

La pérdida brutal de la objetividad científica en la personalidad borderline sobrediagnosticada lleva a la hegemonía iatrogénica del psicoanálisis aplicado a la psiquiatría donde incluso la sospechosa

psicofarmacología en desarrollo resulta apenas confiable como apéndice terapéutico de emergencia reservado exclusivamente para el tratamiento agudo (pero no de mantenimiento) de las enfermedades afectivas y psicóticas. Justamente la denominada psiquiatría dinámica desconfía demasiado de las prejuzgadas “soluciones sintomáticas” de la medicación prescrita porque “hace callar el sentido del síntoma” sagrado para una eterna interpretación inconciente... y también desconfía del organicismo resucitado en un neurobiologismo recién nacido con fuerza hacia los años 80. Así en este renovado contexto paradigmático de moda pierde paulatinamente su prestigio este psicoanálisis regresivo fijado a su propia resistencia narcisista por hacer una defensa neurótica de la automatización diagnóstica-terapéutica de la personalidad borderline sin la rigurosidad clínica del comienzo... entre otros importantes asuntos en discusión.

CUANDO LOS BIPOLARES VIENEN CICLANDO...

Hoy en pleno apogeo de la neurobiología aplicada a la psiquiatría se consolida rápidamente la entidad clínica del espectro bipolar que postula la existencia de variadas presentaciones sintomáticas atenuadas y disimuladas (por ende subdiagnosticadas) mucho más allá de la grave psicosis maniaco-depresiva clásica (trastorno bipolar tipo I del DSM IV). Indudablemente Kraepelin sigue siendo el gran pionero en sus minuciosas descripciones didácticas para incluir aquellos casos bipolares más atípicos observados con tanta sutileza clínica como en las múltiples combinaciones semiológicas de los llamados “estados mixtos”. Luego sigue la originalidad de Leonhard con la clasificación entre trastornos afectivos unipolares y bipolares que reordena definitivamente la nosología de los trastornos anímicos, agregando un nuevo grupo clínico llamado “psicosis cicloides” que está evolutivamente emparentado con la bipolaridad ampliada a pesar de la espectacular sintomatología psicótica observable en las descompensaciones. Y llegando a un provisorio final del recorrido histórico aparece Akiskal con sus investigaciones multicéntricas internacionales del denominado “espectro bipolar” en constante revisión clasificatoria-predictiva según los antecedentes genético-hereditarios y las dispares respuestas terapéuticas. Así se ensancha enormemente el horizonte nosológico de la bipolaridad clínica en múltiples formas sintomáticas y evolutivas con diferentes pronósticos a largo plazo que requieren sendas investigaciones específicas para evaluar las características diferenciales de los síndromes bipolares descriptos.

Pero este novedoso paradigma científico genera un grave e irresoluble conflicto con la psiquiatría más clásica que tiende a la “esquizofrenización” de la clínica por privilegiar académicamente la tradicional y conservadora presencia de delirios-alucinaciones como “signos patognomónicos” de la esquizofrenia. La rotunda comprobación de la existencia de sintomatología psicótica de primer y segundo orden en los trastornos bipolares, a pesar de su genial creador Schneider que cree más en la exclusividad característica de dichos síntomas para diagnosticar esquizofrenia, recorta el protagonismo diagnóstico de esta

antigua psicosis estructural en la nosología moderna al ser devaluada en una posible (pero no indispensable) presencia sintomática transitoria-reversible durante las descompensaciones afectivas de la bipolaridad (o sea los “episodios maníacos o depresivos con síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado del ánimo” del DSM IV).

Incluso cabe destacar la justa y saludable eliminación del equívoco término estructural de “psicosis” para denominar hoy a la enfermedad maniaco-depresiva en el DSM IV, siendo reemplazado por el concepto de “trastorno” teniendo en cuenta que los pacientes bipolares pueden “estar psicóticos” en las fases de descompensación, sin “ser psicóticos” permanentes como los clásicos casos esquizofrénicos y paranoicos. De esta manera se termina de recortar la antigua hegemonía de las “psicosis endógenas” de Kraepelin al quedar el trastorno bipolar dentro del grupo de las patologías anímicas y, por otro lado, su “demencia precoz” con su “paranoia” incluidos en el grupo de los trastornos psicóticos del DSM IV.

También cabe puntualizar la creativa reincorporación nosológica de la catatonía de Khalbaum, ya no solamente como una clásica variante clínica de la esquizofrenia propuesta por Kraepelin, sino además como un síndrome independiente libremente asociado a los episodios maníacos o depresivos bajo el nombre de “síntomas catatónicos” del DSM IV.

Por último resulta también interesante el descubrimiento propuesto por Akiskal de los “temperamentos afectivos” endógenos (hipertímico, ciclotímico, distímico) que parecen avanzar rápidamente sobre algunos “trastornos de personalidad” del DSM IV (narcisista, límite, histriónico) acusados de presumible sobrediagnóstico generalizado. O sea el postulado expansionista de anexar buena parte del escandaloso “cluster B” caracteropático que clasifica el manual estadounidense al extendido territorio nosológico conquistado por los “trastornos afectivos” de la actualidad. Y a pesar de haber conseguido la bipolaridad un lugar más específico en el DSM IV con la incorporación del “trastorno bipolar tipo II” (existencia episódica de hipomanía-depresión) y el “trastorno ciclotímico” (alternancia de numerosos períodos hipomaniacos-depresivos), pareciera que el insaciable “espectro” igualmente no se conforma con el éxito logrado y pretende abarcar cada vez más.

CUANDO LOS ESPECTROS VIENEN DEL MAS ALLA...

Haciendo una breve contemplación histórica retrospectiva se puede constatar el traumático nacimiento de la categoría nosológica borderline a partir de la esquizofrenia clásica, teniendo un desarrollo conceptual propio en progresiva expansión clínica hasta llegar al envejecimiento nosológico que debilita su anterior vigor psicopatológico para agonizar en la pujante bipolaridad en crecimiento continuo. Y si se contempla la historia nosológica de la categoría bipolar se constata que nace en dos tiempos diferenciados: primero como parte fundamental del binomio kraepeliano fundante de las psicosis funcionales (la “demencia precoz con defecto” y la “psicosis maniaco-depresiva sin defecto” a largo plazo

evolutivo); segundo como con el derecho clínico adquirido a presentar síntomas psicóticos asociados a sus descompensaciones anímicas sin rendir cuentas ni afiliarse obedientemente a la esquizofrenia (la creación de los “síntomas psicóticos congruentes o no congruentes” con el humor imperante en las fases bipolares según el DSM IV). Y al final contemplando el vertiginoso crecimiento actual del “espectro bipolar”, rumbo a la fagocitación de las caracteropatías borderline-narcisistas, se constata que todavía goza de muy buena salud joven. Aunque se critica epistemológicamente el reduccionismo nosológico de las tradicionales entidades categoriales demasiado circunscriptas o limitadas por la exigencia paradigmática de una excepcional pureza poco evidenciable en la práctica asistencial diaria; también se puede formular una crítica epistemológica al ilimitado expansionismo nosológico de novedosas entidades dimensionales por su infinita extensión clínica que pretende infiltrarse en las bases psicopatológicas de otros cuadros fenomenológicos históricamente más consolidados y así carcomer sus cimientos científicos hasta desintegrar el edificio nosológico del viejo paradigma. Es evidente que por ahora no existe el equilibrio perfecto entre lo categorial y lo dimensional dentro de la nosología psiquiátrica actual y las modas científicas tendientes a uno u otro modelo clasificatorio tampoco se acercan demasiado al ideal de armonía nosológica. Pero mientras el DSM se afirma oficialmente en un modelo categorial a través de estrictos criterios codificados de inclusión-exclusión, tanto la “borderización” psicoanalítica de la psiquiatría dinámica como la “bipolarización” organicista de la psiquiatría neurobiológica, se extienden en sendos “espectros” antagónicos por alcanzar la hegemonía clínica de la psicopatología. Cada propuesta científica tiene su tiempo de gloria pasada como el “espectro borderline” y de gloria presente como el “espectro bipolar”, coexistiendo ayer y hoy en el debate epistemológico de la psiquiatría contemporánea a través de esta disputa nosológica, clínica y terapéutica.

La reconocida co-morbilidad posible entre trastornos de la personalidad y trastornos bipolares tampoco aporta a una mayor claridad conceptual cuando cada “espectro psicopatológico” se propone fagocitar al contrincante nosológico mediante difusas fórmulas oscuras como “el ultraciclado de ultrabreve duración” para absorber la personalidad borderline a la nueva bipolaridad y “el patrón general de inestabilidad con impulsividad” para absorber el trastorno bipolar a la caracteropatía fronteriza. Y aunque los grandes trastornos bipolares endógenos son episódicos en sus manifestaciones sin necesitar desencadenantes vitales indispensables que se pueden diferenciar fenomenológicamente de la cronicidad desviada de los trastornos de la personalidad con descompensaciones agudas a partir de necesarios desencadenantes vitales ... el problema se complejiza con el descubrimiento de los temperamentos afectivos incluidos en esta bipolaridad extendida a modo de derivaciones atenuadas de los cuadros anímicos intensos más clásicos. Así surgen nuevos conflictos de competencia nosológica entre la fenomenología de los trastornos borderline-narcisista de la personalidad según Kernberg basado en la metapsicología psicoanalítica

y la fenomenología de los trastornos hipertímico-depresivo-irascible-ciclotímico según Akiskal basado en el organicismo neurobiológico. Por ende la pobreza de las relaciones objetales primarias internalizadas-los mecanismos defensivos primitivos del Yo apuntalados en la disociación o escisión yoica-la deficitaria conformación narcisista del Self en Kernberg se enfrentan sin tregua a la vulnerabilidad cerebral genética-las alteraciones del funcionamiento neuronal por la desregulación de neurotransmisores implicados- la altísima carga hereditaria familiar en Akiskal... estando ambos ireemplazables autores contemporáneos apoyados en serias investigaciones científicas validadas internacionalmente. Y por último no hay que olvidar a una gran víctima nosológica de esta contienda borderline-bipolar que es la ancestral esquizofrenia a partir de ver reducido drásticamente su territorio clínico a una mínima expresión que tampoco resulta demasiado justa. Así la esquizofrenia se diagnostica acorralada entre el espectro borderline y el espectro bipolar que se independizan y contra-atacan sin piedad a partir de la devaluación y la expropiación de los clásicos síntomas psicóticos productivos patognomónicos de la enfermedad psicótica... Incluso ya no se menciona el “espectro esquizofrénico” de antes aunque el DSM reconoce tácitamente la existencia clínica de trastornos de la personalidad como el “esquizoide” y el “esquizotípico” (ambos derivados temperamentales de la esquizofrenia). Pero por supuesto que mucha menos importancia clínica actual se le asigna todavía a la paranoia (hoy “trastorno delirante” del DSM IV) con su derivación caracterológica llamada “trastorno paranoide de la personalidad” según el mismo manual. Además la delicada balanza psicopatológica en la consideración proporcional de síntomas afectivos y síntomas psicóticos para decidir un diagnóstico presuntivo hoy se inclina notoriamente más a favor de los primeros que de los segundos a modo de tendencia pendular opuesta a la época de la “esquizofrenización” clínica previa. Como ejemplo complicado de un difícil diagnóstico diferencial posible basta considerar al “trastorno esquizoafectivo” y al “episodio maníaco o depresivo con síntomas psicóticos no congruentes con el estado del ánimo” a partir del DSM IV... donde se actualiza la dialéctica sincrónica-diacrónica en la íntima relación de los síntomas afectivos y psicóticos en el tiempo evolutivo de cada enfermedad.

CUANDO LOS PSIQUIATRAS VIENEN DELIRANDO...

De todas maneras las dificultades mayores aparecen en la aplicación cotidiana de estos paradigmas psicopatológicos en la clínica asistencial cuando se atienden pacientes comunes no-seleccionados que están por fuera de los protocolos internacionales de investigación, tendiéndose a una automatización o naturalización diagnóstico-terapéutica de los casos. Ahí se produce la vulgarización grotesca y ridícula de la ciencia aplicada al alivio del sufrimiento humano mediante la fanática afiliación político-religiosa a prejuicios dogmáticos que obnubilan la conciencia crítica del profesional.

Es verdad que muchas veces los descubridores de fenómenos clínicos nunca antes conceptualizados requieren sostener una necesaria actitud

de militancia combativa para defender sus descubrimientos científicos hasta lograr su aceptación general en la cofradía de especialistas que al principio siempre muestran su resistencia idiosincrásica a la novedad y a la originalidad. A partir de la normalización de la disciplina por la asimilación científica de nuevas concepciones psicopatológicas como “la personalidad borderline” y “el espectro bipolar” recién alcanza masividad por el consenso de profesionales.

Entonces empieza la incorporación de inéditos instrumentos terapéuticos para el tratamiento de estos pacientes concretos, privilegiándose o recreándose aquellas herramientas terapéuticas coherentes con los fundamentos epistemológicos de la perspectiva clínica adoptada. Por ejemplo para el abordaje de la caracteropatía borderline se introducen profundas modificaciones saludables en la psicoterapia de orientación psicoanalítica y para el abordaje de la bipolaridad se introducen cuidadosas variantes psicofarmacológicas acordes a la indiscutible neurobiología del trastorno. Y además este panorama inicial se complejiza merced a la inclusión de interesantes aportes de la psicología cognitiva-conductual y del tratamiento psicofarmacológico específico de síndromes determinados en las personalidades borderlines como la inclusión de efectivas técnicas psicoeducativas y de grupos de autoayuda que amplían la contención social en la bipolaridad. O sea que la complejización creciente de sendos abordajes terapéuticos obliga saludablemente al entrecruzamiento transdisciplinario de diferentes saberes complementarios para el verdadero bienestar del paciente.

El psiquiatra clínico que se dedica concretamente a atender casos borderlines o bipolares necesita encontrar la aplicabilidad real de las investigaciones en curso preservando su sentido crítico ante las modas hegemónicas de clasificación y tratamiento... lejos de las pasiones doctrinarias.

Actualmente se pregona la estandarización diagnóstico-terapéutica basándose en los contundentes resultados de investigaciones multicéntricas con metodologías estadístico-cuantitativas que facilita una mejor objetivación pragmática de las enfermedades mentales tendiente a la creación de un acuerdo globalizado de especialistas. Este avance científico de los manuales DSM y de los protocolos de tratamiento aseguran una mayor especificidad y sensibilidad clínicas indiscutibles si se tiene en cuenta la historia de la incomprendibilidad intradisciplinaria en psiquiatría a la hora de diagnosticar y tratar a un mismo paciente con enfoques antagónicos entre sí.

Este antecedente de haber sido una torre de Babel con tantos dialectos inconciliables fue motivo del menosprecio descalificador por parte de las restantes especialidades médicas durante décadas al observar con sarcasmo desde afuera que “ni entre ellos se ponen de acuerdo” por exclusiva culpa de las divisiones internas. Ahora el prestigio internacional de la psiquiatría unificada moderna es bastante comparable al resto de la medicina a partir de una excelente combinación entre el desarrollo impresionante de la neuropsicofarmacología -las investigaciones médicas basadas en la

evidencia científica-la prolija estandarización nosológica y terapéutica. Esta reincorporación festejada de la psiquiatría a la medicina es un acercamiento al ideal del reconocimiento científico tan postergado desde el nacimiento mismo de esta especialidad en el mundo manicomial estrenado oficialmente por Pinel hace más de dos siglos. Hoy en los comienzos del siglo XXI se presenta bien firme este cambiadísimo panorama de la psiquiatría reciente para ubicar el problema planteado entre la “bipolarización” y la “borderización” de la clínica contemporánea.

Considerando este momento histórico de la especialidad como una posible superación de su inconsistencia epistemológica ancestral para refundar una psiquiatría científica de consenso general; resulta interesante prevenir la recaída en un nuevo “delirio lógico de la ciencia” como postula Edgar Morin. Y para no generalizar vagamente en abstracciones filosóficas volátiles se insiste en denunciar cualquier fundamentalismo psiquiátrico que pregona pronto el endiosamiento de un paradigma para mañana venerar otro dios de reemplazo a la moda. Porque en el centro de estas disputas más religiosas que científicas hay pacientes inocentes a la espera de su diagnóstico y tratamiento adecuados para aliviar su dolor mental crónico... sean auténticos borderlines o bipolares genuinos.

De ahí la preocupación por el peligro de una obediencia masiva a las concepciones en boga sin aplicar sistemáticamente el pensamiento crítico propio para no repetir la compulsión de ejercer una inconciente iatrogenia con los pacientes atendidos. Sinceramente es muy difícil alcanzar la sabiduría socrática para no caer en la tentación pecaminosa de resistirse con tenacidad a cualquier cambio ni en la antagónica tentación de entregarse con impulsividad a una reconversión apresurada. O sea de “borderizar” a los casos de antes y de “bipolarizar” a los casos de ahora con el fanatismo de siempre justificado con argumentos contrapuestos según la época paradigmática.

Además al diagnóstico borderline se le propone un tratamiento de crisis basado en la utilización de antidepresivos-antipsicóticos-antirrecurrentes solos o combinados según la presencia aislada o simultánea de síntomas impulsivos-ansiosos-alimentarios-depresivos-disfóricos-psicóticos durante un tiempo preferentemente limitado. Y al diagnóstico bipolar se le propone un tratamiento de fondo basado en la indispensable utilización principal de antirrecurrentes durante un tiempo indefinido de por vida para mantener una estabilización anímica prolongada. Entonces así como nadie ya puede negar con sensatez el valor fenomenológico del descubrimiento de los espectros borderline y bipolar con sus importantes consecuencias nosológicas y terapéuticas... tampoco puede negarse el riesgo cierto de la deformación profesional que termina distorsionando serios avances científicos para engendrar una monstruosidad clínica incontrolable, por ejemplo a la hora de diagnosticar y medicar.

Antes las explosiones anímicas de las actuaciones auto/heterolesivas eran absolutamente interpretables desde el inconciente borderline; y ahora cualquier episodio de variación anímica detectable en la historia

vital de un paciente se evalúa precozmente como un valiosísimo signo escondido de bipolaridad latente a detectar... Ayer también se perseguía fanáticamente al supuesto borderline tras la “vivencia crónica de vacío” existencial con su transitorio alivio gracias al inesperado “acting-out”; y en cambio hoy se persigue obsesivamente al camuflado bipolar tras el sospechoso episodio depresivo “unipolar” o tras el incierto cuadro de “distimia” con “inicio temprano o tardío” del DSM IV (siendo cuasi-acusadas ambas entidades de encubrir o enmascarar a la bipolaridad responsable de todas las alteraciones anímicas observables)... De esta manera se degenera tan fácilmente la aplicabilidad universal de revolucionarias investigaciones científicas serias cuando cada profesional actuante “de época” prejuzga de sus casos atendidos con iatrogénica precocidad irreflexiva... sumándose ciegamente a la religión psiquiátrica de tantos colegas creyentes que también hacen “un sacerdocio de la profesión médica”...

A modo de buen sacudón de sano realismo clínico en medio de tantas especulaciones “de alto vuelo” en pugna, se recuerda a un paciente borderline-narcisista y/o bipolar tipo II que le decía al autor con involuntaria ironía y genuina inocencia: “Yo ya no entiendo más nada... Antes me dijeron que lo que tenía era por ‘mis rasgos de carácter’... Y ahora me dicen que ‘soy bipolar’... Yo lo único que sé es que siempre me sentí igual... que no cambié mucho en estos años...” Y a continuación también se recuerda a alguien que canta desde hace mucho tiempo: “Vuele bajo/ porque abajo/ está la verdad...” Y como para no perder a último momento el delgadísimo hilo de la idea directriz del trabajo en aparente curso conservado por culpa de interminables asociaciones tan personales... sólo a modo de provisoria conclusión abierta el autor se pregunta en una suerte de inquietante “premonición” seudocientífica: ¿Al final se convertirá el “espectro” bipolar en otro nuevo “fantasma” que destrone mediante una revolución al “espectro” borderline en el mismo reinado de la iatrogenia repetida?

Justamente por esta preocupante razón profesional, el genio médico de Hipócrates nos sigue recordando sin cansarse con sabia humildad clínica siglo tras siglo: “*Primero no dañar*”.

“Lo esencial sólo se nos manifiesta cuando observamos de manera concreta lo individual, articulamos el planteamiento del problema y comparamos estableciendo contrastes. Sólo así podía conseguirse aquello que me interesaba: no las teorías supuestamente dominantes, supuestamente útiles para ‘averiguar un secreto’, sino las que sirven al fin de fijar los puntos de vista necesarios para ver los verdaderos enigmas y tomar conciencia de ellos.”

Karl Jaspers