

EL ADHD Y LOS DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA: LA COMPLEJIDAD DE LAS DETERMINACIONES

Beatriz Janin*

Resumen: Se plantea el tema del diagnóstico en la infancia, diferenciando diagnosticar y catalogar. Se desarrollan teóricamente algunas de las determinaciones de la hiperactividad en la infancia, considerando que en muchos de estos niños se encuentran alteraciones en momentos fundantes de la constitución psíquica.

Palabras clave: ¡Diagnóstico – Hiperactividad – Autoerotismo – Constitución psíquica – Actividad-pasividad – Angustia – Narcisismo – Fantasía – Psicopatología infantil.

Résumé: Le ADHD et les diagnostics dans l'enfance: la complexité des déterminations On pose le problème du diagnostic dans l'enfance, en faisant une distinction entre diagnostiquer et cataloguer. Suit un développement théorique de certaines déterminations de l'hyperactivité, en tenant compte du fait que dans nombre de ces enfants on trouve des altérations dans les moments qui fondent leur constitution psychique.

Mots clés: Diagnostic – Hyperactivité – Auto-érotisme – Constitution psychique – Activité-passivité – Angoisse – Narcissisme – Fantasme – Psychopathologie de l'enfant.

* Psicóloga psicoanalista, Directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Directora de la Revista "Cuestiones de Infancia" y profesora titular de la Carrera de Psicología en diferentes universidades. Dirección: Av. Córdoba, 3431 10.º "A". (1188) Argentina. Tel.: 4963-4729. E-mail: beatrizjanin@yahoo.com

Abstract Diagnosis in childhood: The complexity of determinations The subject of diagnosis in childhood is examined, and a distinction is made between diagnosis and classification. Some of the determinations of hyperactivity are discussed from a theoretical point of view. It is maintained that many of these children can be found to have suffered disturbances at crucial moments of their psychical constitution.

Key words: Diagnosis – Hyperactivity – Auto-erotism – Psychical constitution – Activity-passivity – Anxiety – Narcissism – Phantasy – Child’s psychopathology.

DIAGNOSTICAR NO ES CATALOGAR

Nos consultan... Padres que vienen, angustiados, desbordados, deprimidos, hablando de un niño que no es como ellos quisieran, que molesta, o que los deja expuestos a llamados permanentes por parte de la escuela. Un niño que hace de más o de menos, que los convoca en un punto en el que no pueden responder... Sus frases son, habitualmente: “No lo podemos parar”.

Y llegan al consultorio niños que sufren y que expresan de diversos modos su sufrimiento. Muchas veces, se encuentran con nosotros después de un largo peregrinaje por otros profesionales. Se les dieron diagnósticos, a veces se los medicaron... pero algo insistió. Y piden ser escuchados de otro modo.

Algunos ejemplos:

Consultan por un niño de nueve años. Muy buen alumno en cuanto al rendimiento, tiene dificultades para tolerar normas, es contestador y suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y cuestionamiento a la autoridad. Se lo deriva al neurólogo, diagnosticándole ADD. El padre se opone a que lo mediquen. Después de varias entrevistas, en las que me encuentro con un niño inteligentísimo, que argumenta con una lógica impecable por qué se opone a ciertas actitudes del padre, de la madre y de la maestra (explica por qué pelea con cada uno, en tanto le prohíben el despliegue de

su independencia o de su agresión) el padre dice: “Prefiero que sea así, que no se deje llevar por los otros. Un varón tiene que poder defenderse”. ¿Es signo de algún trastorno neurológico la actitud desafiante de este niño o se ha constituido en una trama identificatoria en la que ser varón es equivalente a oponerse al resto, sosteniendo criterios propios? Quizás este niño haga una especie de caricatura de la masculinidad, sosteniendo las diferencias al modo actividad-pasividad, como único modo de representarse a sí mismo como varón, frente a los que él supone otros que quieren someterlo y pasivizarlo, feminizándolo.

Un niño de seis años tiene dificultades para organizarse, para aprender y para quedarse quieto. La directora de la escuela dice que “no produce”. Es diagnosticado inmediatamente como ADD y medicado. Frena la actividad pero comienza a sentir terrores. Se desconecta del grupo, tiene una mirada perdida... Teme a todo lo que se mueve. Así, hasta una pelusa le provoca terror. La maestra se preocupa: “Prefiero que se mueva a que esté paralizado”, comenta. ¿Qué provocó en este niño la medicación, además de la idea de que era alguien cuyos movimientos debían ser controlados desde afuera? Provocó terror, afecto seguramente ligado a las fantasías terroríficas que lo asaltaban y que, con la “pastilla” dejaban de ser “fantasías actuadas” propias para transformarse en fantasmas que lo atacaban desde afuera. Así, la medicación producía un efecto de encierro, de chaleco de fuerza que lo dejaba a merced de los otros y todo lo que se movía pasaba a ser atacante. Una maestra que pudo registrar el terror frente al movimiento de los otros y que privilegió paliar el sufrimiento del niño a su comodidad, padres que pudieron preguntarse sobre lo que pasaba y repensar el abordaje, permitieron otra apertura.

Considero que una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la invasión de diagnósticos que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios, diagnósticos que llevan a que un

niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Así, se pasa de: “tiene tics”, a “es un Gilles de la Tourette” o de: “tiene conductas compulsivas y reiteradas” a “es un TOC”, o en vez de un niño triste, hablamos de un trastorno bipolar... El más conocido es el Trastorno por déficit de atención, título con el que son catalogados niños que presentan diferentes características.

Lawrence Diller, pediatra norteamericano, afirma que desde los años setenta la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la inclusión del Prozac, se banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños.

¿Dónde quedaron los niños y sus vaivenes, como sujetos en permanente devenir? ¿Dónde podemos ubicar sus deseos, sus temores y sus sufrimientos? ¿Por qué suponerlos “patológicos”, en lugar de pensarlos como sujetos con diferentes posibilidades, que están atravesando momentos difíciles? ¿Estamos patologizando y medicalizando la infancia?

Me parece que la pasión por denominar, por clasificar, por ubicar todo en cuadros, lleva a una contradicción fundamental: ¿cómo “encuadrar” el bullicio de la vida, esas exigencias que insisten, las diferencias entre los niños? Las dudas, las preguntas, el devenir mismo tienen que ser obturados lo más rápido posible. Lo que se pretende es que todos los niños respondan del mismo modo a lo mismo, sin tener en cuenta las situaciones particulares por las que está atravesando la vida de cada uno.

En los últimos años se ha generalizado el uso del DSM IV en los consultorios psicológicos y pediátricos e inclusive en el ámbito escolar es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que propone este manual.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también a preguntarnos sobre las consecuencias del modo en que los adultos y sobre todo

los profesionales, podemos incidir en la evolución de esas dificultades. Ya desde la primera entrevista, el que ubiquemos tanto al niño como a los padres como sujetos pasibles de ser escuchados, puede modificar la situación.

Cuando se toma la singularidad del sujeto, cuando se puede soportar que sea un “otro”, un semejante diferente, se puede comenzar a pensar acerca de las causas, de los momentos, de qué es lo que hace que ese niño se presente de ese modo.

Por el contrario, cuando lo que se intenta es, rápidamente, hacer un diagnóstico, clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense sólo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño.

El privilegiar la “conducta” (y muchos niños dicen “me porto mal, por eso me traen”), nos remite a la idea de que hay alguien que se “porta bien” y que hay quienes saben lo que es “una buena conducta”.

Además, la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria de por vida, ¿no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de un “buen desempeño”? ¿No es la misma lógica que sostienen los adolescentes que afirman que toman tal “pastilla” para poder bailar diez horas seguidas?

También llama la atención la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación. Como plantea Bernard Touati (2003) la puesta en juego de una acción directa correctiva al nivel biológico es otra cosa que el reconocimiento de las influencias recíprocas y las correspondencias entre los sistemas neurobiológico y psíquico. Al ofrecer la biología respuestas operativas queda como verdad última y definitiva, relegando a un segundo plano a los otros modos de comprensión del problema y de su sentido. De este modo, la dimensión psicoterapéutica puede entonces ser reducida al rango de simple

ayudante, de sostén, como un modo de tener en cuenta lo que serían “las repercusiones psicológicas del problema” (problema que se supone biológico).

Podemos agregar que en algunos casos una indicación conductual tiene el mismo efecto: borra las preguntas sobre las determinaciones y anula los matices, obturando la posibilidad de pensar la complejidad.

Entonces, cuando un niño no responde a las expectativas, cuando un funcionamiento infantil nos perturba, cuando nos convocan allí donde no sabemos o no podemos estar y quedamos angustiados y confundidos, podemos generar movimientos de deshumanización, de descualificación, de no-reconocimiento.

Hay otro elemento en juego: este modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología, DSM IV mediante, tiene un elemento central: desmiente la historia del niño y anula el futuro como diferencia.

Y esto me parece que es crucial: si alguien fue así desde siempre (es decir, sus padeceres no se constituyeron en una historia) y va a ser así toda la vida... sólo queda paliar un déficit.

Cuando los que hacen el diagnóstico (llenando cuestionarios, dando descripciones) son los padres y maestros, esto se hace todavía más evidente. Un cuestionario para detectar ADHD que llegó a mis manos, distribuido a padres y maestros, de la SNAP IV, con 40 preguntas, muestra lo contradictorio de la idea de “trastorno por déficit de atención” que impera en las categorías del “diagnóstico” según el DSM IV. Algunos de los ítems son: “Habla en forma excesiva”, “Discute con adultos”, “Hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros”, “Es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad”, “A menudo no coopera”, “Se hace el vivo”. Todos estos puntos (que deben ser calificados del 0 al 3) implican un observador imparcial, pura conciencia, que pueda calificar objetivamente algo tan subjetivo como la desobediencia, o el “hacerse el vivo” (que puede implicar cosas

muy diferentes para cada uno). Si tenemos en cuenta que este cuestionario es llenado por familiares y/o maestros, podemos concluir que dependerá de la idea que cada uno tenga acerca de lo que es hablar excesivamente, discutir, actuar de un modo deliberado, ser desafiante, no cooperar y hacerse el vivo. Idea que cada adulto habrá construido en su propia historia y que estará teñida por su realidad actual. Así, si un maestro tiene que dar clase a un curso de más de treinta alumnos y trabaja doble turno, es posible que la mayoría de los niños le resulten excesivamente demandantes. También, si el maestro, o el padre, están deprimidos, se puede producir el mismo fenómeno: un niño que se mueve mucho puede ser insoportable porque no permite la desconexión del adulto.

Todo tiene que ser normotizado, reglado, en una sociedad que exige, discrimina y excluye.

Para desarmar esto, tenemos que afinar nuestros instrumentos y poder fundamentar nuestro abordaje. Tenemos que poder explicar que nosotros contamos con otras herramientas para el tratamiento de estos trastornos.

He planteado muchas otras veces que la psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo a los parámetros de la psicopatología adulta. Fundamentalmente, estamos frente a un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente, devenir y cambio.

Quizás, fundamentalmente, lo que hay que detectar es el sufrimiento de un niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, mucho más que “tipificar”, “catalogar” algo, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye.

Todo niño requerirá un abordaje terapéutico acorde a cuáles son las determinaciones de su sufrimiento. E intervenciones específicas, de acuerdo a lo que le ocurra. Así, un niño que

está en proceso de duelo requerirá un tipo de intervenciones psicoanalíticas diferente a aquél que ha sufrido situaciones de violencia y está en “estado de alerta”.

Y esto siempre en un contexto.

El psiquismo es una estructura abierta (en el sentido que no es pensable en un sujeto sin vínculos con otros) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño.

Es insoslayable, entonces, en el caso de las patologías tempranas, el tema del entorno.

Esto es muy claro en el caso del llamado ADHD: hay que tener en cuenta el estado psíquico de los adultos que a la vez que promueven el movimiento y la dispersión (excitando a un niño, idealizando la infancia, ofreciéndole estímulos fuertes desde bebé), después no pueden tolerar el movimiento habitual de un niño.

Sabemos que el que los adultos soporten o no la “inquietud” infantil depende en gran medida del estado psíquico que predomine en ellos. Así, cuando están muy angustiados, se sienten sobrepasados o están deprimidos, no pueden contener a un niño que demanda atención.

Luego, cuando el niño muestra la angustia del modo en que puede y se mueve defendiéndose de los deseos controladores y paralizantes de los otros (deseos que él vive muchas veces como deseos de muerte), se los medica, cerrando el círculo de la patologización.

Si reflexionamos sobre los otros “cuadros” que suelen “diagnosticarse”, desde la clínica, vemos que los niños que son “etiquetados” como Gilles de la Tourette suelen presentar un despliegue dramático, un modo de decir teatralizado, pero sabemos que los tics pueden expresar diferentes conflictos. Mientras que los supuestamente “bipolares” pueden hablar con silencios y llantos, y los “hiperactivos” muestran con su cuerpo y sus movimientos lo que los desborda, ellos, los niños de los tics, nos cuentan con sus muecas y reiteraciones una historia que no ha sido simbolizada.

Entonces, diagnosticar es otra cosa a rotular de acuerdo a lo manifiesto. Para llegar a un diagnóstico (imposible de cerrar con una sola palabra) hay que escuchar, observar, analizar, a través de todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, para poder ubicar cuáles son los conflictos predominantes, si estos son intrapsíquicos o intersubjetivos, cómo se da la repetición en ellos, qué deseos y de quiénes están en juego, qué defensas predominan.

Muchas veces, el que un niño pase a ser un interlocutor válido para los adultos que lo rodean, el que los padres lo incluyan en el circuito simbólico, es fundamental para modificar el modo en que el niño se ve a sí mismo. Y es que cuando el adulto ubica a un niño como ser humano se producen modificaciones, se abren caminos.

Intentaré desarrollar algunas ideas sobre el llamado Déficit de Atención, centrándome en la hiperactividad.

Tomando las palabras de Roger Misès (2001), “este trastorno está fundado sobre el rejuete de síntomas superficiales, invoca una etiopatogeniza reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina (metilfenidato), la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)”.

También hay que reconocer que son muy pocos los desarrollos psicoanalíticos sobre el tema, mientras que abundan los escritos cognitivo-conductuales, que ponen el acento en la conducta, en lo que aparece, y desconocen la estructuración psíquica y la dimensión subjetiva.

Quizás ocurra con la hiperactividad como con tantas otras patologías infantiles en las cuales, para trabajar psicoanalíticamente, tenemos que crear instrumentos.

LA ATENCIÓN Y EL DOMINIO MOTRIZ DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Desde el psicoanálisis, podemos pensar, en primer lugar, el concepto de atención. En el Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, se define la atención como *“un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir la atención en relación con la conciencia: la atención es la selección de un acontecimiento, o de un pensamiento, y su mantenimiento en la conciencia”*. (Houzel, Emmanuelli, Moggio, 2000, pág. 72).

En primer lugar, entonces, tenemos que considerar que la atención es un proceso activo, que lo protege del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligado a la conciencia es como un foco que ilumina una parte del universo en desmedro del resto y, como atención dirigida hacia algo voluntario, es algo que se constituye, que no está dado de inicio (lo que está dado desde el comienzo es la atención refleja, inmediata).

¿De qué hablamos cuando decimos “déficit atencional”?

La atención que se le pide a un niño en la escuela es una atención sostenida y selectiva, en que se espera que atienda durante un tiempo considerable a cuestiones que otros eligieron (y que para él pueden no ser prioritarias). Nos tenemos entonces que preguntar cómo se construye esta posibilidad.

El dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos está motorizado por los deseos. Ellos nos marcan la dirección hacia la cual dirigirnos, pero también el yo como organización

representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda... y aprenda. Hay que sentirse unificado para poder escuchar a otro, mirar a otro, sin sentir que uno se quiebra en múltiples pedazos si no es el único mirado y escuchado.

Y el proceso secundario debe estar estabilizado para frenar la descarga pulsional inmediata.

En la escuela se le pide que invista (y sostenga la investidura) a cuestiones impuestas por otros. Tiene que deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos aquellos en los que otros le piden que se centre y concentrarse durante un tiempo prolongado en ellos. Es una atención selectiva que, en este caso, se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos.

En el Proyecto de una Psicología para Neurólogos, Freud desarrolla extensamente el tema de la atención, ligándola a la constitución del Yo y al pensamiento. La atención es fundamental tanto para satisfacer el deseo, como para frenar un displacer tan masivo que deje al psiquismo anonadado, pero el pensar ligado a la atención secundaria puede ser dificultado por recuerdos penosos (que llevarían a desviar la atención del camino propuesto) y el afecto puede impedir el pensar.

Esto lleva a pensar que los trastornos en la atención pueden ser efecto de la dificultad para investir cierta realidad o para inhibir procesos psíquicos primarios pero también, que ciertos movimientos afectivos y las fallas en la constitución narcisista son obstáculos para estar "atento" en clase.

Nos encontramos entonces, en muchos casos, con dificultades en la estructuración subjetiva que se centran, en mi experiencia, fundamentalmente en:

- La estabilización del proceso secundario. Si lo que predomina es un pasaje permanente de una representación a otra, sin poder detener el decurso representacional, no se podrá seguir el discurso de otro.

- La organización narcisista. Son muchos los niños que, por demanda de amor, por inseguridad, por necesitar una mirada aprobadora de otro, o por sentir que tambalean frente a todo obstáculo (y estoy señalando posibilidades diferentes), hacen una retracción a un mundo fantasmático o se mueven sin rumbo (buscando un eje externo).

¿HAY DESATENCIÓN O CADA CUAL ATIENDE SU JUEGO?

La primera pregunta sería: ¿si la atención es investidura, qué invisten los niños que no atienden en clase?

Estos niños ¿no atienden? ¿O atienden a otras cuestiones y no a lo esperable?

A partir de una investigación que estamos realizando con alumnos y docentes de la Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES, así como a partir de mi propia casuística¹, venimos intentando responder a estos interrogantes.

Y nos preguntamos: ¿un niño que está atento a la mirada de la maestra, podrá mirar lo que ella escribe? U otro que está pendiente de que los otros chicos jueguen con él, ¿podrá ocuparse de “copiar” en clase? ¿Y los niños que suponen que van a ser atacados y están en “estado de alerta”, o los que están en situación de duelo... podrán concentrarse en la situación escolar?

Si bien las posibilidades son muchas, intentaré enumerar algunos de los modos en que he podido delimitar, en la clínica, los diferentes objetos a los que se dirige la atención en los niños “desatentos”:

Constitución de las investiduras de atención en relación a sensaciones pero no a percepciones ni a afectos. Esto puede resultar en repliegue absoluto (como en el caso de niños que presentan estados autistas y que sólo se conectan con sensa-

¹ Realizo una investigación personal para mi tesis de Doctorado en UCES.

ciones propioceptivas) o en atención errátil. Son los niños que están atentos a olores, sabores, etc. Las investiduras suelen ser lábiles, pasando con facilidad de un objeto a otro. (Hay niños que hacen por momentos, una retracción al vacío).

Constitución de las investiduras de atención en relación a los intercambios afectivos pero no en relación al conocimiento. Son los niños que buscan la aprobación afectiva, el cariño de los maestros, pero no pueden escucharlos. Así, pueden relatar el vínculo de la maestra con otros niños o con diferentes personas de la escuela, pero no recuerdan qué tema se está tratando.

Fijación al polo exhibicionista. Son los niños en los que predomina el deseo de ser mirados. Están atentos, pero su atención está centrada en la mirada del otro. Estos niños suelen ser hiperactivos, porque toda su actividad está al servicio de capturar la mirada del otro. Cuando lo que buscan es una mirada aprobadora (por combinación con la búsqueda afectiva) pueden sentir que fracasan y repetir el intento, con lo que la actividad va siendo cada vez más desorganizada. El niño intenta asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista y evitar de ese modo la anulación-exclusión que vendría desde el otro. Así, logra que su movimiento capture la atención del otro, que intenta controlarlo con la mirada. Pero este control suele suscitar mayor movimiento y a la vez, la sensación de pérdida del dominio del propio cuerpo. El niño queda a merced de los deseos del otro. (Retomaremos esto cuando hablemos de la hiperactividad).

Trastornos en la constitución de la investidura de atención por no soportar heridas narcisistas. La retracción se da por desencanto del mundo. Predomina la desmentida de la castración y sólo atienden a lo que les resulta fácil. Son niños a los que se podría aplicar la idea de André Green, de "sujetos dañados en su narcisismo".

Desatención por retracción a un mundo fantasmático. Son niños que sueñan despiertos. Suelen jugar en clase, solos,

aislados del resto. A veces, arman de este modo un mundo más placentero del que encuentran en el afuera.

Atención errátil como consecuencia de situaciones de violencia: estado de alerta permanente. Así como hay niños que quedan como dormidos, anestesiados, por la violencia, en estado de sopor, hay otros que quedan en un estado de alerta continuo, como esperando un golpe que puede llegar de cualquier lado. En estos niños predomina una modalidad de funcionamiento en circuito cerrado, con un bombardeo de cantidades pulsantes-excitantes que no pueden tramitar ni cualificar. Muchos niños que han sido adoptados después de haber estado en diferentes instituciones, o que han sufrido migraciones traumáticas, han sido diagnosticados como ADHD sin que se haya tomado en cuenta esta historia de violencias.

Desatención por desorganización grave del pensamiento, con confusión interno-externo. Hay niños que están haciendo una estructuración psicótica y que son diagnosticados como ADD/ADHD (lo que plantea la importancia de que el diagnóstico de qué ocurre con un niño sea realizado por profesionales con conocimientos en psicopatología infantil). En estos casos, la medicación incrementa los síntomas² y, lo que es igualmente grave, deja a un niño sin el tratamiento adecuado.

Constitución de las investiduras de atención y posterior retracción por duelo. Y nadie atiende a lo que los otros le demandan cuando está en estado de duelo.

LA HIPERACTIVIDAD O UN NIÑO QUE SE MUEVE SIN METAS

La hiperactividad sólo puede tomarse como síntoma cuando es un movimiento desorganizado, con el que el niño puede

² En numerosos trabajos se afirma que la Ritalina (metilfenidato) no debe ser usada en depresiones y que en niños psicóticos, su administración exacerba síntomas de comportamiento perturbado y desórdenes de pensamiento.

dañarse, que, generalmente, está acompañado de torpeza motriz.

Si un niño se mueve mucho, pero porque desarrolla muchas actividades (y no salta de una a otra sino que las finaliza) no se podría decir que presenta un síntoma. Simplemente, es un niño muy activo (lo que actualmente es muchas veces una exigencia social).

Tampoco se podría plantear que tiene una conducta descontrolada aquel niño que se opone a las normas, pero mantiene una excelente motricidad y un buen nivel de aprendizaje, aunque su relación con los adultos sea desafiante y transgresora.

Sabemos que la complejidad de la estructuración psíquica en relación al dominio del propio cuerpo y del desarrollo de la motricidad, así como del control de los impulsos, es tal que merece que vayamos paso a paso para pensar las determinaciones de un movimiento sin rumbo y de respuestas inmediatas, sin freno.

Iré desarrollando los diferentes tipos de perturbaciones que se expresan en la “hiperactividad” infantil, teniendo en cuenta diferentes perturbaciones posibles:

a) Dificultad en el armado de una protección antiestímulo

Sabemos que estamos bombardeados por estímulos externos e internos. Que de los internos es muy difícil la huída, pero que hemos aprendido a lidiar con ellos y que hemos construido un sistema de protección frente a las excitaciones del afuera. Y que el requisito para que esto se construya es la posibilidad de diferenciar adentro-afuera.

¿Cómo se construye aquello que nos protege, los filtros que nos posibilitan no quedar inmersos en un cúmulo de excitaciones e incitaciones imparables?

Para que el niño diferencie adentro-afuera y que, además, recepcione sólo algunos de los estímulos, filtrando otros, es imprescindible que haya podido constituir un “tamiz” por el

que pasa sólo lo tolerable y una “piel” que lo unifique y diferencie simultáneamente. Y para esto es fundamental que haya habido adultos que registraran sus propios afectos, que metabolizaran su propio desborde afectivo sin confundirse con el niño y que lo ayudaran, por ende, a registrar sus propios afectos.

Pero en los niños que se mueven sin rumbo suele haber una dominancia de una relación dual, madre-hijo, marcada por la persistencia de un vínculo erotizante, con un niño que queda excitado y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema para-excitación y para-incipitación (protección hacia fuera y protección hacia adentro).

Son niños que viven los estímulos externos como si fueran internos y hacen movimientos de fuga frente a los mismos.

Por ejemplo, cuando tienen hambre o frío o sueño pueden no registrarlo como una urgencia interna y moverse como si tuvieran que huir de un estímulo que los amenaza desde el afuera.

Así, la agitación pasa a ser en algunos casos una defensa frente al desborde pulsional. Intentan huir de sus propias exigencias pulsionales a través del movimiento. Y como lo pulsional insiste, se mueven cada vez más sin lograr arribar a la meta buscada.

Lo que predomina es la urgencia, como si estuvieran sujetos a exigencias que los golpean desde un interno-externo indiferenciado.

b) Fracaso en el armado autoerótico y en el dominio del propio cuerpo

A veces, lo que predomina es la dificultad para construir un mundo deseante, en el que el placer sea posible.

Si el placer se construye en base a ritmos, que se van armando tempranamente, en el vínculo con otro, cuando el otro irrumpe imponiendo sus propios ritmos, la posibilidad de placer se cae.

Son golpes dados a los cimientos mismos del autoerotismo, en su lazo con la sexualidad infantil y con el lugar que toma el objeto, lo que lleva a un intento siempre fallido de dominar el mundo.

Gerard Szweg (1993), entre otros, habla de los procedimientos autocalmantes, que son un intento de lograr la calma por una excitación repetitiva, pero que no conducen a la satisfacción. Muchos movimientos, del tipo del golpeteo reiterado o los movimientos con el pie, muestran modos en los que lo que predomina es el principio de constancia por sobre el de placer.

Si bien todos utilizamos estos mecanismos (fundamentalmente en situaciones de tensión), cuando son los predominantes en un sujeto nos encontramos con una degradación del funcionamiento deseante. Paul Denis (2001) sostiene que en estos casos el principio de placer deja la prioridad al principio de constancia.

Un niño que no puede satisfacer sus deseos, que está en un “más allá” de la satisfacción, va a realizar un intento fallido de aplacar sus pulsiones a través de movimientos que le traerían una calma anhelada, pero que lo dejan insatisfecho.

Más que de un deseo a cumplir hay una excitación a calmar. Esto pasa con algunos video-games, que exigen acciones repetitivas y vacías de sentido, sin intervención creativa por parte del que lo “juega”.

c) Fantasmas de exclusión en una relación dual

Muchas veces (y esto se combina con lo anteriormente desarrollado) la hiperactividad del niño es el intento de asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista. Es decir, el niño supone una escena de la que él puede ser expulsado, pero no en los términos de la conflictiva edípica (donde él podría ocupar un lugar) sino en un vínculo narcisista en el que la expulsión supone un no-lugar (la inexistencia para el otro). Así, se mueve como para evitar la exclusión-anulación que vendría desde el otro. Este funcionamiento

defensivo puede suscitar en el entorno un aumento de la hostilidad, en tanto los otros queden atrapados por este fantasma de exclusión y reaccionen imponiendo su presencia.

Es claro que son niños, no pueden sostener la representación de la madre y no se suponen existiendo en la cabeza de ella, en sus pensamientos, cuando no están. Suelen exigir una especie de “cuerpo a cuerpo” con ella, pero esto también les resulta insoportable y se alejan, intentando desprenderse a través del movimiento, acto con el cual vuelven a convocarla, sin que ninguno de los dos pueda separarse.

d) Dependencia de la mirada materna

Es habitual que el movimiento del niño capture la atención del adulto, que está pendiente, mirándolo como potencialmente peligroso. El otro intenta controlarlo con su mirada y este control, al ser vivido como encerrante, suscita mayor movimiento, en un intento de volver a ejercer un dominio que siente perdido. La angustia se manifiesta como descontrol de su propio cuerpo y supone que es la madre la que se ha adueñado de sus movimientos. Y lo que es cierto es que el adulto intenta muchas veces manejarlo a “control remoto”.

Podemos ver estas situaciones en los casos en que, después de trabajar con un niño durante 50 minutos, llega su madre a buscarlo al consultorio. Inmediatamente, el niño comienza a correr por el consultorio, a tocar todo, mientras ella le repite: “Quédate quieto. No toques, no saltes”, lo que potencia el actuar del niño. Es casi como si él entendiera como órdenes: “muévete, toca, salta”, las indicaciones maternas.

e) Falla en la estructuración de representaciones preconcientes

Sabemos que lo único que frena la acción inmediata es el pensamiento. Es la posibilidad de interponer recorridos más complejos lo que frena la vía directa entre el impulso y la acción.

Pero para esto tuvo que haberse instaurado una red de representaciones preconscientes, como caminos alternativos, modulando el devenir pulsional.

¿Cómo se instaura esta red?

Para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no sólo por los brazos de otros sino también por pensamientos de otros. Ser pensado implica recibir un baño de pensamientos y es posibilitador del armado de pensamientos propios (D. Anzieu, 1998).

Armado imprescindible para frenar la descarga inmediata de la tensión.

El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, en relación a los otros que lo rodean, fundamentalmente en relación al funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre él que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación.

Si lo pensamos en términos de Bion, como función alfa y beta, podemos decir que para construir el aparato para pensar los pensamientos, el niño tiene que encontrarse con una madre que lo piense, que frente a sus irrupciones, metabolice, piense y responda poniendo y poniéndose palabras frente a los efectos del niño.

En la medida en que se va pensando a sí mismo como alguien, en que puede ir armando una representación de sí, a partir de la imagen de sí que le dan los otros, esta organización representacional va a actuar inhibiendo la descarga directa, la tendencia a la alucinación o a la defensa patológica (la expulsión del recuerdo).

Pero hay modos de traducir, de organizar los pensamientos inconscientes de un modo preconsciente que es anterior a la

palabra, o que puede ser simultánea a ella. Son lo que llamamos preconsciente cinético y preconsciente visual. Por ejemplo, cuando un nene se cayó y uno le pregunta que pasó, realiza toda la acción, diciendo nene-apumba. Pero no dice sólo nene-apumba, él repite la acción, arma toda la escena nuevamente, se tira al piso, se vuelve a tropezar con lo que se tropezó.

Entonces, en primer lugar, es necesario el armado de un conjunto de representaciones preconscientes (primero, a nivel motriz) que abra vías más complejas para re-encontrar la satisfacción.

Hay niños que fracasan en la instauración del sistema pre-consciente, así como en la elaboración de los procesos terciarios: así la capacidad para mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y de la acción.

Pero, además, es habitual que los niños que se mueven sin rumbo no hayan podido estructurar representaciones preconscientes ya en el nivel del pensamiento cinético. O sea que sus movimientos no sean modos de relatar con acciones. También esto explica la bibliografía sobre el tema en la que se afirma que la hiperactividad del niño no tiene “sentido” y que, por eso, los adultos nos angustiamos e intentamos ponerle nombre o explicar aquello que no “dice” claramente (a diferencia de un niño que cuenta con sus acciones y sus gestos lo que le pasa). Esto no quiere decir que el niño no “diga” con lo que le pasa, sino que sus actos no son acciones sino manifestaciones de angustia, de desesperación, de estallido interno.

Se podría afirmar que el movimiento, en estos casos, sería un sustituto fallido de la actividad ligadora de las representaciones.

f) Fracaso en la constitución del espacio de la fantasía

He planteado en otros artículos que estos niños actúan sus fantasmas, quedando atrapados por ellos. Sus juegos, entonces, tienen un carácter muy particular que pondría en

duda el hecho mismo del jugar. ¿Hasta dónde podemos hablar de juego o es más bien una escena que está siempre en el límite mismo entre realidad y juego, escena que no puede ser estrictamente representada sino que genera movimientos?

A la vez, la satisfacción que implica el juego es diferente a una actividad mecánica, repetitiva. Así, el carácter elaborativo del juego está ligado a la posibilidad de hacer pequeñas variaciones en la repetición, lo que suele fracasar en estos casos. (Esto plantea la necesidad, por parte del analista, de ir incluyendo pequeñas variaciones en las escenas, para pasar de la actuación al juego).

g) Déficit en el armado de una “piel” unificadora

También el desfallecimiento narcisista deberá ser tomado en cuenta.

Hay niños que se mueven buscando un “borde”, un armado narcisista del que carecen. La falta de seguridad interna, así como los imperativos del yo ideal (que no permiten construir ideales que permitan un margen de libertad), dejan a estos niños con severas dificultades para armar una imagen sostenible de sí mismos.

No pueden constituir el yo como envoltura, como representación totalizadora del propio cuerpo y entonces buscan límites en el afuera, al golpearse contra las paredes o en el grito del otro (límites que lo dejan más indefenso aún, más angustiado y que lo re-envían a un movimiento con el que trata de ligar una angustia indecible).

Así, la envoltura que le da la misma excitación (como sensación), la voz y las miradas de los otros, son el modo de sustituir la falla en el armado del yo-piel.

h) El tema de la muerte

Diferentes autores se han referido a la hiperactividad (o inestabilidad o hiperkinesia) como defensa maníaca contra la

depresión. (R. Diatkine, P. Denis, 1985). Me parece que esto es así en algunos casos, pero no en todos.

La problemática de la muerte (propia y de los padres y hermanos) se plantea habitualmente. Para un niño, la muerte suele ser equiparada a la quietud. Y cuando el adulto los conmina a estar quietos, suelen suponer que lo quieren eliminar, lo que en parte se corresponde con el deseo del adulto de que ese niño “no moleste”.

Esto, vivido como un deseo de muerte del otro, reactualiza angustias de muerte muy tempranas (a veces, en niños que han sufrido situaciones de enfermedades u operaciones de muy pequeños) y promueve un intento, siempre fallido, de mostrarse vivo a pesar de todo. Cuando esto puede ser elaborado, el cambio es evidente.

En otros casos, no soportan sus propios deseos de muerte hacia sus progenitores. Así, un niño de cinco años pasaba sesiones arrojando objetos por el aire, sin poder parar en una especie de carrera desenfrenada. Un día, en que jugaba conmigo a una especie de lucha entre dos muñecos (cada uno de nosotros sostenía a uno pero él dirigía los movimientos de ambos), tira mi muñeco y dice que se cayó al agua y que se va a ahogar. Yo grito: “Papá, socorro”, y él me contesta: “No tenés papá, se murió”. Entonces digo: “Mamá, salváme” y él responde: “También se murió. No tenés ni mamá ni papá”. Y, muy angustiado y casi llorando, susurra: “Yo no juego más”. A partir de esa sesión fue posible hablar de sus temores a la muerte de sus padres y nombrar los objetos que tiraba, poniéndoles nombres, ligándolos con sus deseos de tirar lejos a padres y hermanos. En la medida en que fuimos trabajando estos temores, su actividad se tornó mucho más organizada.

Una situación diferente en relación a la muerte se da en algunos niños que intentan despertar a adultos deprimidos, en estado de sopor. Son niños que se mueven alocadamente cumpliendo el mandato de mantener vivo y conectado a uno de los progenitores.

i) Un modo de defenderse de los deseos de pasivización

Como no es casual que este síntoma se dé sobre todo en varones, a tal punto que se habla de un Trastorno de Déficit Atencional sin Hiperactividad, propio de las niñas, es imprescindible hacerse la pregunta acerca del por qué esta preferencia de los varones por este tipo de manifestaciones.

Que los varones sean los que molestan en clase, es cosa sabida desde hace tiempo. Qué es lo que molesta de los varones, parece no quedar tan claro.

Por los avatares del Edipo masculino, el varón supone que obedecer a otro y, sobre todo, quedarse pasivo frente a otro, es un equivalente de la feminización. Quedaría “castrado” frente a otro poderoso, activo. Es en gran medida por eso que los varones tienen muchas más dificultades que las niñas para adaptarse a un ritmo escolar en el que las maestras son las dueñas de la actividad y de la palabra.

Cuando un niño supone que los otros lo quieren ver feminizado, puede rebelarse frente a lo que supone la intrusión femenina, el control de su cuerpo por parte de mujeres y el sometimiento al padre. Revertir esto puede pasar también por revalorizar la actividad y los deseos de investigación que suelen aparecer en estos niños.

VOLVIENDO AL DIAGNÓSTICO

Si se los escucha, de diferentes modos, si no se habla por ellos sino con ellos, nuevas posibilidades se abren.

Hablar entonces de diagnóstico puede tener diferentes sentidos.

Lo que debe ser diagnosticado son los conflictos que están en juego, el modo en que el niño se defiende y de qué, si los conflictos son del orden de la fantasía o si hay una realidad perturbadora, cuáles son los elementos en conflicto, si éste es intra o intersubjetivo, si se trata en ese sentido de un síntoma o de un trastorno en la estructuración subjetiva, si

viene variando y cómo, cuál es la movilidad de las defensas, cómo está operando la repetición y en quién.

Y eso sí debemos diagnosticarlo para encontrar los medios adecuados para ayudarlo.

Si nos confundimos y en lugar de problemáticas a descubrir, suponemos que tenemos que acallar un síntoma, el riesgo es que, al intentar sostener una supuesta tranquilidad, lo que se sostenga sea la “paz de los sepulcros”, contraria al bullicio de la vida, con lo que dejamos a un niño robotizado, transformado en una marioneta al servicio de intereses que lo desconocen como sujeto.

En principio, hay un niño que necesita ayuda, que está sufriendo, que dice como puede lo que le pasa.

Considero que ningún sujeto puede ser reducido a un “sello” sin desaparecer, como sujeto humano, complejo, contradictorio, en conflicto permanente, en relación a un entorno significativo y por ende, con un cierto grado de impredecibilidad, esa libertad posible... a la que intentamos acceder.

En tanto sujeto en crecimiento, en constitución, ningún niño tiene su historia cerrada, coagulada, y lo que los profesionales podemos hacer es abrir el juego, permitir que se vayan armando nuevos caminos, que ese niño y esa familia vayan tejiendo una historia propia.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier; HAAG, G., TISSERON, S y otros (1998): *Los continentes de pensamiento*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- ARMSTRONG, Thomas (2000): *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*, Buenos Aires, Paidós.
- BERGÈS, Jean (1990): “*Los trastornos psicomotores del niño*” en Lebovici, S. DIATKINE, M, y SOULÉ, M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo IV, Madrid, Biblioteca Nueva, págs. 66-69.
- BLEICHMAR, Silvia (1998): “*Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos*”, *Ensayos y experiencias N.º 25*, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- BREGGIN, P. (1998): *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- BREGGIN, P. (2000): *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.
- DAUMERIE, Nicolas (2004): «Des soignants face à l'hyperactivité: une approche des représentations. Cap. 3 de L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux. Jean Ménéchal. Edit Dunod, París.
- DILLER, Lawrence (2001): “Coca-Cola, McDonald's et Ritaline” en: *Enfances Psy N.º 14*, Érès, París.
- FERNÁNDEZ, Alicia (2000): “La sociedad “hiperkinética” y “desatenta” médica lo que produce”, *Revista E. Psi. B. A. N.º 10*, Buenos Aires, págs. 3-9.
- FREUD, Sigmund (1895/1950): *Proyecto de una psicología para neurólogos*, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1914b): *Lo inconsciente*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 14, 1979.
- FREUD, Sigmund (1914c): *Introducción al narcisismo*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 14, 1979.
- FREUD, S. (1923): *El yo y el ello*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 19, 1979
- Golse, Bernard (2001): «L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation», en Touzin, Monique; Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros, L'enfant excité en *Enfances PSY N.º 14, 2001*, Érès, París, pag 49-56.

- Golse, Bernard (2003): «L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société» en Fournieret, Pierre y otros *L'enfant instable*, Le Carnet Psy N.º 78, Éditions Cazaubon, Boulogne, pág 26-28.
- GREEN, André (1986): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Amorrortu,
- HOUZEL, Didier; Emmanuelli, Michèle; Moggio, Françoise (2000): *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, París, PUF.
- JANIN, Beatriz (1986): "Una aproximación a la problemática del aprendizaje y sus trastornos desde una perspectiva meta-psicológica". En la Revista Argentina de Psicología N.º 37.
- JANIN, Beatriz (2000a): "Effets du traitement psychanalytique sur un cas de maladie de Gilles de la Tourette", *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales*, París.
- JANIN, Beatriz, (2000b): "¿Síndrome de ADD?". *Cuestiones de Infancia N.º 5.*, Bs As, Fau Edit.
- JANIN, Beatriz (2000c): "El aprendizaje y los trastornos de atención, memoria y elaboración". En *Actualidad Psicológica N.º 282*.
- JANIN, Beatriz: (2002b): "Vicisitudes del proceso de aprender" En *Cuestiones de Infancia N.º 6*. UCES.
- JANIN, Beatriz (2002c): "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente N.º 33/34*, Bilbao.
- JANIN, Beatriz (2002c): "Vicisitudes del proceso de aprender". *Cuestiones de infancia N.º 6*, Buenos Aires, UCES.
- JANIN, Beatriz (2004): Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, *Novedades Educativas*, Buenos Aires.
- LASA ZULUETA, Alberto (2001): "Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Bilbao, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, págs. 5-81.
- MÉNÉCHAL, Jean y otros (2004): *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París
- MISÈS, R., (2001): Préface, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, págs. XI a XVII.

- NISSEN, Steven E., MD (2006): ADHD Drugs and Cardiovascular Risk, en New England Journal N.º 14, Volume 354:1445-1448
- RODULFO, Marisa Punta, (2005): "La generalización en el diagnóstico y sus riesgos: el caso del ADHD" en "La clínica del niño y su interior - Un estudio en detalle". Editorial Paidós.
- TOUATI, Bernard (2003): Hiperactivité: la fin de l'histoire...du sujet, en Le Carnet Psy, N.º 78. Éditions Cazaubon, Boulogne, Francia.
- VALENTIN, Éric (1996): "Somatizer, agir, représenter", *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.