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

Beatriz Janin*

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 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

* Directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES y directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Adolescentes de UCES (en convenio con APBA). Autora del libro *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*, Noveduc, Buenos Aires, 2004.

este niño o se ha constituido en una trama identificatoria en la que ser varón es equivalente a oponerse al resto, sosteniendo criterios propios? Quizá 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 acerca de lo que pasaba y repensar el abordaje, permitieron otra apertura.

Un niño de cinco años no habla, no juega con los otros, no se conecta. Se lo diagnostica como autista y como débil mental (en dos servicios diferentes de neurología) y se indica... ningún tratamiento. “Déjenlo tranquilo, ¿para qué un psicólogo?”.

¿Para qué escucharlo? ¿Para qué otorgarle un lugar? ¿Para qué tenerlo en cuenta como sujeto deseante?

Una niña de cuatro años no habla y se mantiene aislada. Está diagnosticada como Trastorno Generalizado del Desarrollo desde los dos años. Cuando comienza a comunicarse e intenta imponer sus deseos, la mamá pide: “¿No puede medicarla? Me vuelve loca”. ¿A quién hay que mantener muda y desconectada?

Considero que una de las dificultades que tenemos hoy 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 70 la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los 80, 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.

Así, se ubican en una misma bolsa a niños con problemáticas muy diferentes, anulando particularidades. Por ejemplo, son catalogados como TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo) niños autistas, niños que se están estructurando de un modo psicótico, niños con perturbaciones en su desarrollo que no podrían ser encuadrados en ninguno de estos dos tipos, niños que vienen armando una psicosis simbiótica, niños que están atravesando situaciones límites, etc.

Bernard Golse (2003) plantea, tomando las enseñanzas de G. Canguilhem, que lo que aparece como patológico en un niño en una época sería quizá considerado como normal en otra y no solamente porque la normalidad no puede ser más que estadística sino, fundamentalmente, porque la tolerancia

de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Es decir, cada sociedad espera funcionamientos diferentes de sus niños, cada grupo social plantea un contrato narcisista diferente y tolera de forma variable las desviaciones. Por ejemplo, en la actualidad, en un mundo cada vez más acelerado, se tolera poco el movimiento de los niños.

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.

Una mamá me decía: “está desatado...” (con relación a su hijo, cuando le dejaron de dar la medicación). Es posible que gran parte de nuestra tarea consista en cortar las ataduras a las imposiciones de otros, sobre todo de un otro social poderoso que decide cómo se debe ser, a quién responder...

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también a preguntarnos acerca de 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 solo 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 será así toda la vida... solo 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 cuarenta 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 normatizado, 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 con 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.

Quizá, 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 con lo

que le ocurra. Así, un niño que está en proceso de duelo requerirá un tipo de intervenciones psicoanalíticas diferente de aquel 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 de que no es pensable 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 lo medica, cerrando el círculo de la patologización.

Si reflexionamos acerca de 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 que rotular de acuerdo con lo manifestado. 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 acerca del llamado Déficit de Atención, centrándome en la hiperactividad.

Tomando las palabras de Roger Misès, *“este trastorno está fundado sobre el rejunte de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina, 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 acerca del 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.

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

La tan mentada “discontinuidad del pensamiento” en el niño hiperactivo, su movimiento continuo, así como su habitual negativa a dibujar, pueden provocar cierto rechazo por parte de los analistas. Por otra parte, se habla de su desinterés por el intercambio verbal, pero esto no ha sido corroborado en mi práctica clínica (generalmente son niños que juegan y hablan, aunque tiendan a saltar de un juego a otro y de un relato a otro). Además, el trabajo con niños, ¿no nos enfrenta habitualmente con estas dificultades?

Así, una investigación realizada por Nicolás Daumerie, en Francia, muestra el rechazo de los terapeutas a trabajar con niños hiperactivos, a pesar del reconocimiento de que sus dificultades tienen determinación psicológica. Afirma Daumerie: *“Si bien en un primer movimiento los profesionales eluden las preguntas relativas a los objetivos transferenciales, asegurando su imposibilidad de “generalizar”¹ las relaciones que tienen con sus pacientes, en un segundo tiempo son unánimes en señalar las dificultades específicas de la relación terapéutica con niños que presentan trastornos hiperkinéticos. Insistiendo en los avatares del encuentro² con estos niños “extremadamente difíciles”, las características que ellos describen señalan: las dificultades para establecer vínculos intersubjetivos, la “precariedad” de la transferencia y, en menor medida, el dominio y aun la influencia que ejercen estos sujetos. Todos señalan “ataques”³ o “efracciones” de un marco terapéutico “siempre en potencialidad de ruptura”, puesto en riesgo por niños que “ponen a prueba los vínculos interpersonales” y que “suscitan el clivaje institucional”. Esto es realmente muy interesante, en tanto me he encontrado con situaciones en las que un psicólogo define a un niño como “insoportable”, actuando así fantasías de exclusión y de rechazo del niño mismo”.*

Por todo esto, considero fundamental profundizar en las determinaciones de estas problemáticas.

La hiperactividad o un niño que se mueve sin metas

Me centraré en las determinaciones psíquicas de la hiperactividad, entendiendo además que está generalmente ligado a la impulsividad y que solo puede tomarse como síntoma cuando es un movimiento desorganizado, con el que el niño puede 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 en la actualidad es muchas veces una exigencia social).

¹ A lo largo de este texto, citaré entre comillas extractos de entrevistas para ilustrar mis afirmaciones. A título informativo, las entrevistas están íntegramente reproducidas en el anexo de mi tesina de DEA (Daumerie, 1999).

² “Un enorme asunto de paciencia y de perseverancia”, “penoso”, “de suma exigencia”, “cansador”, “horroroso”, “inaguantable”, “infernial”, “en el límite de lo soportable”, etc.

³ Directos o indirectos, estos son “efectuados” ya sea por el niño, ya sea por su entorno próximo (familia, partícipes docentes...), ya sea por ambos.

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 con el 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.

En muchos de estos niños, se encuentran alterados los fundamentos de la vida psíquica que habitualmente sostienen el ejercicio del pensamiento y el placer ligado a él.

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 huida, 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, solamente recepcione 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-incitación (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, 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.

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 Szwec (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, realizará 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 videojuegos, que exigen acciones repetitivas y vacías de sentido, sin intervención creativa por parte del que lo “juega”.

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, por lo cual 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.

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 cincuenta minutos, llega su madre a buscarlo al consultorio. Inmediatamente, el niño comienza a correr por el consultorio, a tocar todo, mientras ella le repite: “Quedate quieto. No toques, no saltes”, lo que potencia el actuar del niño. Es casi como si él entendiera como órdenes: “movete, tocá, saltá”, las indicaciones maternas.

Falla en la estructuración de representaciones preconsientes

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 preconsientes, como caminos alternativos, modulando el devenir pulsional.

¿Cómo se instaura esta red?

Si en otros textos (Janin, 2004) afirmamos que, para que el mundo sea investido, tuvo que haber alguien que invistiera al mundo, también podemos decir que para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no solo 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, con relación a los otros que lo rodean, fundamentalmente con el 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 inconcientes 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 solo 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 reencontrar la satisfacción.

Hay niños que fracasan en la instauración del sistema preconsciente, 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.

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 de 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).

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 reenvían 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.

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, so-corro”, y él me contesta: “No tenés papá, se murió”. Entonces digo: “Mamá, salvame” 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 con 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.

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 este 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 sí debemos diagnosticar eso 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 con 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.

Primera versión: 22/10/06

Aprobado: 22/01/07

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, pág. 66-69.

Bleichmar, Silvia: (1998), "Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos", *Ensayos y experiencias N° 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.

(2000), *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*. Cambridge, 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, París, Edit Dunod.

Diller, Lawrence: (2001), "Coca-Cola, McDonald's et Ritaline" en: *Enfances Psy*, N° 14, París, Érès.

Fernández, Alicia: (2000), "La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" medica lo que produce", *Revista E. Psi. B. A.*, N° 10, Buenos Aires, pág. 3-9.

Freud, Sigmund: (1895/1950), *Proyecto de una psicología para neurólogos*, Buenos Aires, Amorrortu.

- (1914b), *Lo inconciente*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 14, 1979.
- (1914c), *Introducción al narcisismo*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 14, 1979.
- (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° 14, 2001, París, Érès, pág. 49-56.
- (2003), «L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société» en: Fournieret, Pierre y otros, *L'enfant instable, Le Carnet Psy*, N° 78, Boulogne, Cazaubon, 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 *Revista Argentina de Psicología*, N° 37.
- (2000a), «Effets du traitement psychanalytique sur un cas de maladie de Gilles de la Tourette», *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales*, París.
- (2000b), "¿Síndrome de ADD?", *Cuestiones de Infancia*, N° 5, Buenos Aires, Fau Edit.
- (2000c), "El aprendizaje y los trastornos de atención, memoria y elaboración", *Revista Actualidad Psicológica*, N° 282.
- (2002a), "Vicisitudes del proceso de aprender", *Cuestiones de Infancia*, N° 6, UCES, Buenos Aires.
- (2002b), "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 33/34, Bilbao.

(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, pág. 5-81.

Ménéchal, Jean y otros: (2004), *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, París, Dunod.

Misès, R.: (2001), «Préface», en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, París, Dunod, pág. XI a XVII.

Nissen, Steven E., MD: (2006), "ADHD Drugs and Cardiovascular Risk", en *New England Journal*, N° 14, vol. 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*, Buenos Aires, Paidós.

Touati, Bernard: (2003), "Hiperactivité: la fin de l'histoire... du sujet", en *Le Carnet Psy*, N° 78, Cazaubon, Boulogne.

Valentin, Eric: (1996), «Somatizer, agir, représenter», *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.

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.

Summary

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.

Résumé

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.

Beatriz Janin

Av. Córdoba 3431 Piso 10° "A"
(1188) Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4963-2777/4729
beatrizjanin@yahoo.com