

La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos

María Elena Sammartino

Resumen

Se cuestiona la utilización del sufrimiento infantil al servicio de los intereses del mercado, como ocurre con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que se aplica actualmente a la mayoría de los niños con problemas en la escolaridad.

Se describe la hiperactividad como síntoma en estructuras diversas y se lo estudia en el contexto de las patologías con trastornos del pensamiento y la simbolización.

Se profundiza en el proceso de construcción de la trama representacional a partir de la función materna de objetualización de la pulsión.

Se analiza el declive de la función paterna y materna como parte de un cambio social que deja impronta en las nuevas subjetividades.

Las transformaciones producidas en el mundo en el último medio siglo han conducido a una disociación creciente entre la lógica que rige la economía y la experiencia real de los individuos. Las necesidades del capital, que ya no tiene raíces, han contribuido a modificar el valor que tenía el trabajo en la vida de los hombres. Precariedad, movilidad, jubilaciones anticipadas, son características propias de la vida laboral en amplios sectores de población, que vive así estados de desasosiego e incertidumbre.

La progresiva caída del trabajo como columna rectora de la identidad y de los ideales es paralela a la disolución de los valores del patriarcado y a una reformulación profunda de la familia tradicional.

El fin del patriarcado en Occidente, que es un logro del movimiento femenino, afecta no sólo al ordenamiento de la familia sino también a las estructuras jerárquicas en todos los ámbitos de la vida social. El poder se reordena pero no desaparece, más bien se ha hecho silencioso y adopta estrategias sofisticadas de dominación de los individuos mediante otros instrumentos tales como los medios de comunicación masiva y la publicidad.

La manipulación de los mensajes ordena la vida de los hombres, las mujeres y los niños, crea necesidades, anhelos y objetivos. Busca orientar y definir la imaginación, y así suplantar las necesidades y deseos propios de cada sujeto. Se trata de un trabajo sistemático de des-subjetivación cuyo fin está dirigido a ganar consumidores.

Todas las áreas de lo humano se encuentran bajo el punto de mira de ese poder silencioso que moldea el imaginario social. Y desde luego la salud mental puede ser también materia de manipulación y descomplejización al servicio de intereses que no son los del paciente. Así, desde hace tiempo, se observa una tendencia creciente a desdibujar el sufrimiento emocional ya sea por la vía de transformar las crisis inherentes a las etapas de la vida en enfermedades que pueden tratarse con fármacos, ya sea a través de la agrupación de síntomas en nuevos cuadros a los que se supone un origen neurológico. Esas nuevas enfermedades nacen a la luz pública conjuntamente con los fármacos adecuados para su tratamiento.

Tiempo atrás, una joven maestra me relata un diálogo sostenido con otra colega. «—¿cuántos niños hiperactivos tienes en tu clase? —yo 7, ¿y tú? — ¡yo 12!» Ella es una persona sensible y se encuentra a la escucha de los niños y sus conflictos, por eso duda frente la uniformidad del diagnóstico: la mitad de los niños de la escuela están medicados con Rubifén o Concerta. Un hospital de Barcelona acababa de dar a los docentes de su distrito la segunda parte de un muy interesante seminario sobre el *trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad*; parece ser que esos seminarios habían sido pagados por un laboratorio.

En distintos sectores ligados a la salud preocupa hoy el problema de la *promoción de la enfermedad* (*disease mongering*, término de la literatura médica anglosajona). Con este nombre se conoce la estrategia de la industria farmacéutica consistente en abrirse mercados para sus productos: se trata de describir nuevas *enfermedades* y promocionarlas convenientemente, generando la ilusión de que es algo nuevo, de que el diagnóstico explica todos los

síntomas y que la cura provendrá de la ingesta de un determinado fármaco. Así ha ocurrido recientemente con la fatiga crónica y actualmente con el TDAH.

El País, en su edición del martes 25 de abril de 2006, publica un artículo titulado *La promoción de la enfermedad* en el que afirma que la revista *PloS Medicine*

alerta de que la industria farmacéutica se está infiltrando en las escuelas (por ejemplo, informando a los profesores sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad); coloniza Internet con páginas que informan al consumidor a la vez que promocionan ciertas enfermedades; crea y financia asociaciones de pacientes para que se familiaricen con sus tratamientos y los reclamen; utiliza los medios de comunicación para que la gente se sienta enferma [...].

Hace unos meses, una madre preocupada trajo a mi consulta un niño de 10 años que siempre había tenido problemas escolares, era impulsivo, a veces violento y tanto la escuela como la familia se sentían desbordadas. Había sido diagnosticado años atrás de disléxico y actualmente un hospital de Barcelona acababa de emitir el habitual veredicto que dicta el DSM IV: TDAH (Anexo 1). Debía iniciar inmediatamente la medicación: Rubifén. El hospital profirió, además, una amenaza: «si no comienza ya mismo a medicarse, es muy probable que en la adolescencia caiga en la droga».

La madre pospuso el inicio de la toma del fármaco debido a que por una baja laboral se vio obligada a estar 15 días en su casa y durante ese período el niño se tranquilizó mucho.

Durante el diagnóstico, pido al niño que dibuje una figura humana. El pequeño dibuja dos figuras, estilo manga, superpuestas y llenas de borrones: un guerrero monstruo y una mujer pequeña, vestida de princesa, deformada y mutilada. No hay palabras que puedan articular un relato en torno a la escena (primaria) que el niño intenta figurar en esos primeros encuentros en los cuales percibía que había espacio y escucha para su angustia aniquiladora. Tiempo después, cuando juntos vamos intentando construir pequeños relatos en los que yo introduzco la emoción diferenciada, habla de un hombre que mata a una mujer para quitarle los poderes. Luego detiene el relato, me pide usar plastilina y construye un marciano con un agujero en la zona alta de la cabeza. A mis preguntas, responde: «el marciano a veces está tranquilo, pero de pronto le viene un rayo, de arriba, y se le mete en la cabeza y lo pone loco.

Entonces empieza a golpear y a golpear a todos porque si no lo matan». Así pudo el pequeño por primera vez explicar su terror sin nombre y sin sentido; el retorno desde el mundo circundante de una carga violenta que no podía relacionar con él ni con sus vivencias y afectos.

Huellas ingobernables de los tiempos preverbales, suma de vivencias intolerables durante la infancia: la violencia verbal y el maltrato físico del padre hacia la madre deprimida funcionaron en el pequeño como un trauma imposible de gestionar psíquicamente y que sólo podía descargarse en forma de movimiento y violencia sin objeto, o agrediendo ciegamente al enemigo proyectado en el mundo. Las entrevistas con la madre ayudaron a comprender esa historia —esbozada en la mente del pequeño— que mantenía una cara oscura, una imposibilidad de ser representada y elaborada, por falta de palabras que dieran sentido a las vivencias. Ella pudo también llorar y reconocer que se había sentido incapaz de sostener a su niño, que nunca había podido soportar su agresividad, siempre se había sentido desbordada en su maternidad tanto por su propia depresión como por las circunstancias de su vida afectiva y laboral.

¿Cuál hubiese sido el destino de ese grito desesperado oculto tras la supuesta hiperactividad del niño si sólo se lo medicaba? El silencio, el sometimiento; un crudo ejercicio de violencia y dominación.

No cabe duda de que es un signo de los tiempos el hecho de que se preste más atención a los niños que en otras épocas, pero no es menos cierto que la globalización y el pensamiento único alcanzan también al sufrimiento infantil que puede acabar cosificado, banalizado y transformado en objeto de consumo.

La escuela envía al niño con problemas escolares a centros especializados que diagnostican a partir de un estudio neurológico que no suele dar resultados concluyentes, y cuestionarios que responden padres y maestros: *¿se levanta con frecuencia de su asiento? ¿le cuesta concentrarse? ¿cuántas veces ha desafiado al maestro esta semana? ¿tiene problemas para seguir instrucciones, mandatos o reglas?*, etcétera. A partir de estos datos que agrupan una serie de signos se emite el veredicto: hiperactivo, o bien, *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Se niegan así las variaciones subjetivas, los conflictos subyacentes, las estructuras sobre las que emerge el cuadro sintomático. El diagnóstico equipara y el tratamiento certifica el destierro de una escucha para el malestar del niño y el entorno familiar.

En general el pequeño paciente es medicado con metilfenidato, derivado anfetamínico, o con atomoxetina. En algunos casos, la medicación disimula una sintomatología más grave que puede eclosionar *a posteriori* y, en todos los casos, acalla los síntomas sin preguntar acerca de los conflictos que los determinan ni el sufrimiento que provocan (Anexo 2). Con frecuencia se recomienda también el inicio de una terapia comportamental una vez que se haya conseguido refocalizar la atención y aplacar la impulsividad con fármacos estimulantes.

La experiencia clínica revela que puede detectarse hiperactividad en cuadros psicóticos y neuróticos; en procesos de duelo, migraciones o adopciones. También en niños que son víctimas de violencia o abuso sexual. En la mayoría de los casos que cuadran con la descripción del DSM IV se trata de una patología límite con predominio de perturbaciones en la estructuración del narcisismo de vida. (Anexo 3)

La hiperactividad suele acompañar otros síntomas: retraso escolar, trastornos de la memoria, disarmonías en el aprendizaje, dificultades de concentración y atención, conductas impulsivas y agresivas o procedimientos autocalmantes. En familia se dan relaciones tiránicas y comportamientos omnipotentes que buscan compensar la baja autoestima y dan cuenta de la imposibilidad de soportar la ausencia del objeto primario. En los casos más graves, hay perturbación del curso del pensamiento con irrupción de fantasías arcaicas, crudas, violentas, junto a otras más elaboradas.

Todos ellos tienen dificultad para sostener un sintagma lúdico pero se observan diversos niveles de desarrollo simbólico que van desde

- 1) organizaciones psíquicas bidimensionales en las que el movimiento construye una envoltura autosensorial calmante,
- 2) a los niños en los que se descarga por la motricidad la tensión pulsional que no se puede significar,
- 3) hasta aquellos que utilizan el movimiento en el registro del pensamiento cinético, pensamiento en acto que puede ser leído e interpretado.

La conducta hiperactiva desorganizada, surgida tempranamente en la vida del niño, es señal de fallos en la estructuración del aparato psíquico; remite a vivencias no representadas y que por consiguiente no pueden ser simbolizadas ni reprimidas. En estos casos se detectan angustias de despedazamiento, dispersión o vacío, vivencias de abandono o temor al atrapamiento.

Sea cual fuere la estructura que produce un cuadro con hiperactividad y cualquiera que sea la forma que adopte esa hiperactividad en el niño —o en el adulto—, es siempre reflejo de un trastorno del pensamiento como regulador de la vida pulsional.

Explica Freud, en *Más allá del principio del placer* (1920), que corresponde a las capas superiores del psiquismo el dominar la excitación de los impulsos propios del proceso primario y que sólo después de haber ligado esa energía podrá imponerse el principio del placer o su modificación, el principio de realidad. Esa ligadura, que supone reunir los estados de tensión interna y necesidad, la descarga motora, la percepción y el afecto, es la *representación psíquica* a la que se accede a través de un objeto externo en función materna que se ofrece como agente de la *vivencia de satisfacción*. El proceso de objetualización de la pulsión —tal como la describe A. Green (2000)— sostiene la construcción de un entramado representacional que liga la pulsión a la huella mnémica del objeto junto a un afecto que resulta de ese encuentro. La representación permite el reconocimiento y cualificación de las necesidades y urgencias pulsionales para proceder a su tramitación en conformidad con el principio de realidad. De no producirse esta ligazón por fallo del objeto primario, un excedente de energía buscará descargarse ya sea por la vía intrasomática o por la evacuación al exterior en forma de agitación, violencia o conductas psicopáticas. Otra posible consecuencia podrá ser el desinvertimiento del objeto, el vacío, y las organizaciones sintomáticas para intentar encubrir ese vacío tales como la hiperactividad, la bulimia, las adicciones o las corazas sensoriales: vértigo, velocidad o verborrea.

A partir de estas reflexiones no es difícil comprender las similitudes del cuadro comportamental hiperactivo con otros que también reflejan los fallos en el entramado de representaciones psíquicas que contienen y tramitan el desborde pulsional. Me refiero a los niños y jóvenes de hoy que masivamente ponen en cuestión las instituciones educativas y familiares por el uso creciente y desmedido de la violencia, la transgresión y la desobediencia.

Docentes y padres en toda la geografía de Occidente proclaman su impotencia frente a una juventud sin interés por el estudio, desafiante y agresiva, que responde con violencia y desacato a cualquier límite. Son también un signo de los tiempos, tiempos de crisis, es decir, de cambio, de caída de los modelos institucionales, de los valores y los ideales.

¿Sobre qué premisas reflexiona el psicoanálisis acerca de estos niños y jóvenes incontenibles?

Un cuento bien significativo circula entre los analistas de niños y adolescentes. Un psicoanalista explica a la madre de un niño: «su hijo necesita límites» y ella responde: «no se preocupe doctor que ya se los compraré».

Los límites, poner límites, falta de límites... pareciera que la sociedad toda y el psicoanalista en particular, apuntaran a la caída del patriarcado como responsable de esta situación. El declive de la sociedad patriarcal autoritaria que ha dado paso a una sociedad más libre e igualitaria, parece haber tenido un efecto secundario: el desconcierto frente a la pérdida de referentes y la caída de la función paterna o de los sustitutos sociales de autoridad. La posición del padre, cuestionada, oscila entre mantener un autoritarismo caduco o deslizarse hacia una permisividad amistosa que prioriza la necesidad narcisista de ser amado por los hijos y bloquea el ejercicio de la función paterna en tanto interdictora.

La autoridad está en crisis, no hay duda. Pero hay otros factores que se conjugan con la falta de límites en el origen de los cuadros infantiles y juveniles que afligen al mundo actual. No es suficiente el ejercicio de la autoridad, de la prohibición, para que el niño contenga su vida pulsional; para que el límite resulte continente, otros continentes han debido generarse muy tempranamente permitiendo ligar y tramitar las pulsiones en el contexto amoroso, placentero, narcisizante del vínculo con la madre.

Es inevitable: la función paterna y la función materna son complementarias e irremplazables; pero el incremento de patologías de lo arcaico, en las que priman los trastornos en la simbolización y el pensamiento, lleva a pensar que ambas estén sufriendo un declive.

También la madre, en su función constituyente, se encuentra desconcertada en la sociedad actual. Los valores e ideales priorizan el éxito económico y profesional, no sostienen el deseo de maternidad ni protegen la relación madre-bebé.

No cabe duda de que amar a los hijos supone renunciar al propio narcisismo, aceptarlos en su diferencia, permitirles ser y vivir una vida propia. Pero hay un paso previo: dar vida y humanizar a una criatura, sostenerla y acompañarla en su crecimiento, supone la mayor cesión de narcisismo propio. ¿Cómo ceder esa carga narcisística cuando la sociedad no sostiene y valoriza el ideal de maternidad? ¿Cómo dirigir a la simbiosis constituyente con el bebé una fuerte entrega

libidinal cuando el ideal reclama con fuerza la plena dedicación a la vida profesional?

Pareciera, entonces, que la sociedad en esta época de crisis ha dejado en desamparo tanto al hombre como a la mujer en sus funciones parentales. Ambos están inseguros y faltos de referentes; los ideales han caído, la ética y las instituciones viven un proceso de cambio acelerado.

María León, médica de familia, me comunica que

en las últimas décadas cada vez más las madres y los padres concurren a los servicios de urgencias por motivos banales tan pronto como estos malestares se presentan en la criatura, sin poder contener la ansiedad que ello les provoca; por ejemplo, acuden por una fiebre que hace pocas horas que se ha iniciado o por un dolor abdominal que comienza la misma mañana en que el niño tiene un examen, sin atreverse a buscar sus propias interpretaciones y soluciones; necesitan que sea siempre el médico quien dé significado a los síntomas del niño.

Y es probable que esta inhibición también se extienda a otros terrenos de la vida del hijo: no sólo se trata de que haya poco tiempo para estar y empatizar con él, para adivinar el tipo de sufrimiento que lo aqueja tras las formas de su llanto, sino que tal vez tampoco la madre se sienta segura en su rol como para ejercer su función continente y devolver sentido y significados a su criatura.

Por estos caminos, el cambio social puede transformarse en una variable de peso en el conjunto de las series complementarias que se conjugan hoy en nuestros pequeños pacientes ya que en ellos es notorio el incremento de patologías en las que priman los déficits de simbolización, los fallos en la trama representacional.

Más allá de las formas de producción de subjetividad que naturalmente corresponden a cada época, no han variado las condiciones necesarias para la constitución del psiquismo. No cabe duda de que van modificándose ciertos contenidos del superyó y del ideal como consecuencia de las transformaciones sociales; lo permitido y lo prohibido han variado a ritmo vertiginoso en función de las nuevas formas de ejercicio de la sexualidad y de organización de la vida de pareja y de familia. Pero algo se mantiene inmovible: la necesidad de sostén y de norma, aquello que hace al fundamento de la función materna y paterna. Es decir: para que un sujeto se constituya, hace falta un otro, un adulto con toda su carga de sexualidad y de inconsciente que se haga cargo del cuidado del bebé,

asumiendo su lugar en la díada narcisista. De la misma forma, se requerirá de un tercero interdicator del vínculo diádico, portador de la prohibición del incesto. He aquí los elementos sobre los que pivota el complejo de Edipo, cualesquiera que sean sus actores y el tipo de fantasmática que cada sujeto ponga en escena en los tiempos que le ha tocado vivir.

ANEXO 1

Criterios para el diagnóstico del TDAH en el DSM-IV

1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) A menudo no presta suficiente atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es reticente en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (como los trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las tareas diarias.

2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- c) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- d) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos pueden limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- e) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- f) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- g) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

ANEXO 2

Efectos secundarios de la medicación

(Juan Pundik, 2006)

Dice Christopher Green: «los estimulantes metilfedinato y dexanfetamina son los productos más utilizados y asimismo los más eficaces para tratar el TDAH. No curan el TDAH [...] Se cree que los estimulantes o, para ser más precisos, los psicoestimulantes, actúan aumentando el nivel de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina en ciertas áreas del cerebro [...] No hay ningún motivo para no medicar a niños de entre tres y cinco años del mismo modo que se medica a los niños mayores, a los adolescentes y a los adultos. [...] Es probable que muchos de los niños que actualmente se medican con estos fármacos sigan haciéndolo también cuando se hagan adultos. (p. 41, 42, 43)

El prospecto de Rubifén indica como posibles efectos secundarios: sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo, palpitaciones, reacciones cutáneas y alteraciones

de la presión arterial. El prospecto indica que no debe administrarse a niños menores de 6 años. (p. 49)

Du Paul y Connor consideran que «cientos de estudios indican que los estimulantes, los antidepresivos y la clonidina (un fármaco utilizado para el tratamiento de la hipertensión en adultos) pueden ser de gran ayuda para las personas con TDAH. Los estimulantes, los fármacos más usados, han mostrado su eficacia para mejorar la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social en un porcentaje que oscila entre el 50% y el 95% de los niños con TDAH (p. 45)

Du Paul y Connor escriben sobre su experiencia respecto de la administración de metilfedinato (Rubifén): «Aproximadamente la mitad de los niños que hemos evaluado en nuestra clínica muestra descenso del apetito, insomnio, ansiedad, irritabilidad o inclinación a llorar. Un tercio informó de dolores de estómago y cabeza.» «La medicación estimulante puede producir síntomas transitorios de psicosis (pensamiento acelerado, habla rápida, alucinaciones, ansiedad extrema, excesiva sensibilidad a los ruidos, etc.)» Se desconocen los efectos a largo plazo debido a la cortedad de la experiencia. (p. 48)

La conclusión de Peter R. Breggin, médico psiquiatra de Harvard y director del Centro Internacional para el Estudio de Psiquiatría y Psicología (ICSPP) es que «Millones de niños en Norteamérica son diagnosticados como trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad y tratados con psicoestimulantes como el metilfenidato, la dextroanfetamina y la metanfetamina. Drogas que producen una continua toxicidad en el sistema nervioso central que empieza con un aumento de energía, hiperatención y sobre focalización en las actividades de la repetición y progresión hacia actividades obsesivo-compulsivas o perseverativas, insomnio, agitación, hipomanías, manías y a veces ataques. Normalmente también producen apatía, retiro social, depresión emocional, docilidad, abandono físico, rechazo, dependencia, inhiben el crecimiento y producen diversos trastornos cerebrales, algunos de los cuales pueden volverse irreversibles» Breggin ha declarado ante el Congreso de Estados Unidos sobre los efectos del Ritalin (Rubifén) y ha apoyado con su testimonio científico las demandas de padres que consideran responsables de la muerte de sus hijos a este medicamento (p. 52, 53)

ANEXO 3

Casos clínicos (Escucha psicoanalítica)

Caso Sísifo

(María Elena Sammartino, 2003)

Un pequeño Sísifo de 8 años fue llevado a consulta porque presentaba fracaso escolar, una cierta hiperactividad y comportamientos agresivos. Iniciada la psicoterapia, el niño sólo raramente desarrollaba alguna actividad lúdica y cuando lo hacía, repetía un sintagma lúdico de forma prácticamente idéntica: en primer lugar organizaba un parking con piezas de construcción, a continuación colocaba dentro —de forma ordenada— los coches medianos y pequeños. En la puerta del parking construía una barrera que debería levantarse sólo para dejar pasar a aquellos que pagaran peaje. Pero pronto la barrera era avasallada por los ladrones que penetraban por la fuerza para robar los coches y poco después entraba la policía también por la fuerza. Se iniciaba una persecución con intenso tiroteo acompañada por un incremento del ritmo de juego y progresiva confusión entre ladrones y policías, personas del interior del parking y las que habían venido del exterior. Las barreras desaparecían y todo era aceleración y torbellino en medio del cual sobresalía insistentemente un coche muy potente, de tamaño mucho mayor que los otros. El coche potente y grande iba aplastando con gran furia a unos y otros. El juego se extinguía en este torbellino en medio de un estado de anonadamiento y ansiedad extrema del paciente. Los intentos de la psicoterapeuta de contener al niño y significar su juego no encontraban resonancia alguna y la repetición de lo idéntico se mantuvo por mucho tiempo.

Es evidente en este reiterado intento fallido de ligazón pulsional a través del armado de un argumento lúdico, la irrupción violenta de la destructividad y la angustia que arrasa con la capacidad fantasmática. El pequeño Sísifo repite compulsivamente una herida histórica de forma tal que subvierte el principio del placer en una reproducción siempre idéntica a sí misma que acaba con un desfallecimiento de la libido. Algo había fallado en la intrincación de las pulsiones de vida y muerte, en la discriminación entre erotismo y destructividad, en la construcción de un marco psíquico sólido que contuviese el empuje pulsional.

«En la compulsión a la repetición —dice Green (2000)— se adivina la huella de una carencia del objeto primario que no asegura sus funciones

basales». En el contexto de la fusión estructurante del narcisismo falló el diálogo entre la pulsión y el objeto primario, la constitución de las representaciones internas del objeto y su incorporación al yo por identificación. Así es que, al reavivarse la herida originaria, no se encuentra una representación del objeto que pueda contener la hemorragia libidinal, el objeto está ausente y la pulsión se desata sin freno.

En el caso de este niño, convergieron circunstancias personales adversas en ambos padres: por parte de la madre, una intensa dedicación a su criatura asentada en la culpa por el alejamiento emocional que provocaban sus frecuentes depresiones y la imposibilidad de soportar la agresividad. El padre, por su parte, se mantenía apartado por el temor a reproducir con su hijo la violenta relación que había mantenido con su propio padre. Para su desesperación, el crecimiento del pequeño certificaba la imposibilidad de escapar al destino temido: la violencia era un eje que atravesaba a las generaciones de padres a hijos varones, transmitida por vía identificatoria.

(Durante el tratamiento de Sísifo los padres consultaron a un neuropediatra quien lo diagnosticó de TDAH y le indicó medicarse con Rubifén.)

Caso Gabriel

(Eduardo Romano, 1997, p. 170-176)

Gabriel es un niño de siete años de edad que presentaba marcados rasgos hiperkinéticos, que habían determinado una incapacidad creciente para el aprendizaje, tornándolo incontenible tanto en el ámbito familiar como en la escuela.

[...] descripción que la madre, desesperada, hizo del niño:

Es el movimiento continuo, no se queda quieto un instante, dice a todo «no» o bien «lo voy a hacer si quiero». No sé cómo manejarlo. Parece no entender lo que le dicen. Está muy excitado, muy celoso y agresivo con los hermanitos: les pone el pie para que se caigan, les pega y los muerde. Es muy posesivo. Lo quiere todo para él. En casa es un drama. Vivimos angustiados. No se queda quieto ni un minuto. Nos gana por cansancio. Continuamente pone los pies en el sillón, se para de cabeza, revuelve toda la casa. En el colegio no presta atención y no deja atender a los demás. Pierde continuamente las cosas. Nada parece importarle, ni siquiera los retos o las penitencias. Rechaza todo lo que sea límites o autoridad. Cuando en la plaza ve a un chico tranquilo, lo agradece,...

El embarazo de Gabriel coincidió con la enfermedad del abuelo paterno, quien murió al mes de nacido el niño. Todo transcurrió en un ambiente de angustia y tensión. [...] Desde pequeño quedó al cuidado de la abuela materna, mientras la madre trabajaba. Muy mimado y consentido, se intentó enviarlo a una guardería, donde no se adaptó y de la que hubo que retirarlo a las pocas semanas, ya que pegaba y mordía a los otros niños.

[...] En las entrevistas irrumpía sobre los juguetes y sentía mis comentarios referidos a su juego como ataques contra su persona. No toleraba mis palabras, que actuaban como desencadenantes de crisis de ansiedad y excitación. Probaba continuamente los límites, al entrar daba vuelta la caja de juegos y desparramaba el contenido por el piso. Era incapaz de establecer un jugar, limitándose a pasar vertiginosamente de una acción a la otra, a medida que su ansiedad iba en aumento.

[...] ¿Por qué este desfase entre la palabra (que no era escuchada, que era vivenciada como hostil) y la acción (que se resolvía en movimientos hiperkinéticos carentes de sentido psíquico)?

Era como si quisiera extraer el sentido apelando a toda la fuerza de su motricidad, que tampoco era reconocida como propia, en la medida en que se identificaba con una especie de rueda que gira sobre su propio eje hasta el agotamiento. En este girar sin sentido caían los objetos y las personas de su alrededor.

Hubo un episodio que corrobora esta hipótesis: Gabriel, junto con los otros dos niños, había desarmado una maqueta de la escuela, de la que sustrajo dos autitos que llevó a su casa. Pienso que ésta fue la expresión cinética y actuada de cómo vivenciaba la propia motricidad (autitos) como contenida en el cuerpo-maqueta de la madre.

[...] Al no haberse establecido claramente la distinción yo-no yo, [...] todo estado de tensión y necesidad era tramitado según el modelo del arco reflejo, con descargas y retracciones masivas.

Si el niño no puede discriminar lo interno de lo externo, considerará a todo estado de necesidad, a toda moción pulsional [...] como viniendo del exterior.

[...] comencé a relacionar sus crisis de excitación e hiperkinesia con sus estados de necesidad... [...] Aprendí a aproximarme a su lenguaje-acción, a su lenguaje-cuerpo. Pensé asimismo que la intensa necesidad de descarga motora del niño debía ser canalizada a través de juegos dramáticos que incluyeran el movimiento corporal, por ejemplo: la guerra contra una tribu de

indios que emprendían dos amigos (él y yo) que incluían batallas, alianzas, huir juntos y esconderse en cuevas, así como atravesar arrecifes, domar ballenas, etcétera.

Mi tarea fue entonces brindarle la posibilidad de acceder a un preconsciente verbal...

Caso Amelia

(Maurice Berger, 1999, p. 117-121)

Amelia, de diez años, adoptada cuando tenía cuatro, presenta una hiperactividad psicomotriz importante que le estorba considerablemente el aprendizaje y necesita tomar metilfedinato para evitar un desastre escolar. Cuando fue adoptada, la evaluación en su país de origen indicaba que su madre la había abandonado al año y se la había confiado a una mujer que la había sometido a malos tratos físicos durante año y medio. Amelia fue entonces admitida, con dos años y medio, en un orfanato, donde se le diagnosticaron lesiones contundentes y una malnutrición crónica leve, así como una hiperkinesia. [...] Cuando llegó a Francia, Amelia presentaba diversos trastornos del comportamiento: ecolalia, glotonería, rotura sistemática de sus juguetes y dispersión de sus trozos por toda la casa. Intenta asimismo que la cojan en brazos todos los hombres y mujeres de aspecto simpático que se va encontrando: esta ausencia de angustia ante el extraño, ¿se debe a la imposibilidad de construir un vínculo precoz con un adulto fiable, o es una búsqueda a ciegas de sus padres biológicos, indefinibles e irreconocibles? Más tarde, se niega a hacer el más mínimo trabajo escolar. Estas dificultades se tratarán progresivamente en entrevistas familiares e individuales, en las que los dibujos que la niña realiza se muestran bastante pobres a nivel de contenido fantasmático.

Pero la hiperactividad persiste, y se propone un tratamiento de psicomotricidad [de orientación psicoanalítica], elección motivada por el hecho de que Amelia tiene dificultades de coordinación motriz y de orientación en el tiempo y en el espacio.

La psicomotricista propone a Amelia sesiones divididas en dos tiempos: el primero dedicado a ayudarla a escuchar mejor su cuerpo gracias a la utilización de un método de relajación, y el segundo dedicado a un juego de rol. Amelia tiene muchas dificultades en la primera parte de la sesión. [...] Como contrapunto, le gusta mucho el juego de rol, demuestra tener imaginación y puede representar las emociones, incluso aunque juegue a menudo de

forma precipitada en el doble sentido del término: juega a toda velocidad y aporta muchos elementos.

En el transcurso de las primeras sesiones, aparecen escenarios en los que los niños no dan satisfacción alguna: lo olvidan todo, no son buenos, se duermen en el colegio, se hacen reñir por sus padres. Luego, los temas se hacen más complejos: una madre y su hija no consiguen nunca estar juntas, ni compartir un momento. Por ejemplo, la madre oye inquietarse a la niña por la noche y no va a verla. [...] Al cabo de cuatro meses de tratamiento, la psicomotricista anuncia a Amelia que tendrá que marcharse, por un imprevisto, dentro de dos meses. Amelia entonces propone un juego en el que le explica a una compañera que una madre no siempre es buena. La psicomotricista le dice que seguramente estará enfadada con ella a causa de haberle comunicado su partida. Y tal vez piensa que la psicomotricista se marcha porque ella es mala, lo mismo que, de pequeña, pudo pensar que su madre se marchó por culpa suya. Tras estas palabras, Amelia se encuentra más a gusto y cambia de juego: madre e hija se van juntas y, en el momento en el que la madre se hace más cariñosa, pierde a su hija en un barco. El bebé llora porque ya no queda leche en su biberón. En ese momento, Amelia se comporta como un bebé, recostada sobre la espalda, apoyada en la psicomotricista y llora como un recién nacido. Esta secuencia representa lo que se estaba desarrollando en el proceso terapéutico: en el momento en que Amelia podía comenzar a jugar como una niña en busca de sus mimos junto a una madre más dulce, la psicomotricista se marcha.

Luego sobreviene una separación brutal: la madre se va en un autobús sin que a la niña le dé tiempo a subir. El autobús se detiene bruscamente y la madre se cae. Lo que sigue a continuación se desarrolla en una atmósfera impresionante. Madre e hija están sin conocimiento. La madre, que se levanta primero, durante un momento no reconoce a su hija y la hija tampoco reconoce a su madre, a quien ve como un monstruo. La madre llama a un médico para que cuide a su hija que ha perdido el conocimiento y ésta se pone a dar vueltas por el suelo y, en medio de una crisis, mata al doctor que acababa de diagnosticar una enfermedad postraumática. Amelia pide volver a representar esta escena más despacio, pero, en el momento de la "crisis" grita: "tú no eres mi madre, es ella" señalando un rodillo de gomaespuma.

Esta sesión tan rica podría ser comentada largamente. Con ocasión del anuncio de la marcha de la psicomotricista, vemos aparecer afectos en una

forma que linda con la alucinación. Amelia revive el abandono primario en el que una madre ausente equivale a un monstruo; la carencia y la desesperación (el biberón vacío); la brusquedad que la hace sentirse impotente, sin dominio sobre el otro; la transformación brutal de la madre, lo que hace pensar en el cambio brutal del adulto que se ocupaba de ella cuando su madre la confió a otra mujer que podría transformarse y llegar a ser violenta de forma imprevisible; la pérdida de la representación del otro cuando la madre y la hija dejan de reconocerse; la pérdida del contrato narcisista por el mismo motivo, convirtiéndose madre e hija en extrañas la una para la otra; el rechazo de la madre por la niña que ha encontrado un sustituto, el rodillo de gomaespuma (*mousse*) que evoca el nombre de la psicomotricista, Maussier, pero que, no obstante, no pasa de ser un objeto; el ataque al médico que, al mismo tiempo, cuida y abandona, viviéndose todo esto no en soledad, sino en relación con la psicomotricista y pudiéndolo dominar relativamente en forma de una repetición ralentizada.

Al final de la sesión Amelia dice que ha interpretado una escena “en la que tiene una pesadilla” y le pide a la psicomotricista que le traiga un biberón; se tranquiliza y ordena la habitación tranquilamente, lo que muestra cómo ha podido representar lo que sentía permaneciendo a un nivel exclusivamente intrapsíquico, sin verse desbordada.

En las siguientes sesiones, [...] llega el padre y contempla la escena. Primera aparición de una pareja...

En la última sesión, Amelia pone en escena a una madre (ella), a su hija (la psicomotricista) y sus otros dos hijos, bebés. Hace el papel de una madre cariñosa con todos sus hijos y le explica a su hija mayor que, a los once o doce años, tendrá la regla.

A pesar del final demasiado rápido de este tratamiento, Amelia pudo beneficiarse de este encuadre para poner en escena los elementos de su vida psíquica que antes nunca había mostrado. Dos meses más tarde, progresa bien en el colegio, sus notas están por encima de la media de la clases. Ya no dice “soy incapaz”, juega sola con frecuencia en su habitación y es mucho menos hiperactiva»

María Elena Sammartino

Tel. 93 211 15 77

mesammartino@ya.com

Bibliografía

- BERGER, M. (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*. Madrid: Síntesis editorial, 2002.
- BLEICHMAR, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: ed. Topía, 2005.
- DUCHAMP, M.C. (2006). «Eclipses del superyó», *Luces y sombras del superyó*. Barcelona: Gradiva ed., 2006.
- FREUD, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas. Vol. XVIII, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GALENDE, E. (2000). «¿Hacia dónde marchamos?», *Psicoanálisis i societats - Transformacions, Actas*. Barcelona: iPsi, 2000.
- GREEN, A. (2000). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2001.
- JIMÉNEZ PASCUAL, A. (2003). «Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia», *Rev. Psicopatología y salud mental*, 2003, 2.
- PUNDIK, J. (2006). *El niño hiperactivo, déficit de atención y fracaso escolar*. Madrid: Ed. Filium, 2006.
- ROMANO, E. (1997). *Psicopatología infantil y psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1997.
- SAMMARTINO, M.E. (2003). «Jugar, repetir y elaborar», *Intercanvis-Papers de psicoanàlisi*, nº 11, nov. 2003.