

Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones

Beatriz Janin

El ADD/ADHD ¿un “trastorno” de moda?:

Un niño de seis años tiene dificultades para aprender y para quedarse quieto. La directora de la escuela dice que "no produce". Es diagnosticado por la escuela como ADD y derivado al neurólogo, que lo medica con metilfenidato (Ritalina). Frena la actividad pero comienza a sentir terrores. Se desconecta del grupo, tiene una mirada perdida, se asusta frente a cualquier movimiento de los otros...

Un niño de siete años aprende con muchísima facilidad, pero suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y de cuestionamiento a la autoridad. La maestra lo deriva a una psicopedagoga, que diagnostica ADHD y deriva a un neurólogo.

Otro niño, de nueve años, no termina de copiar las tareas. Se distrae en clase, se hace el payaso, llamando la atención de los otros niños, buscando a la vez la mirada de la maestra. Es diagnosticado desde la escuela como ADHD, derivado a un neurólogo y medicado.

A un niño de primer grado al que le pregunto si sabe por qué viene, me contesta: "Lo que pasa es que mis amigos me hablan y yo les contesto, y entonces no escucho a la maestra, pero igual yo sé lo que ella dice, porque repite cosas y después yo las aprendo..."

Otro afirma: "Yo no quiero que mi mamá y mi papá se peleen... Y me retan todo el tiempo. Yo no pedí nacer...Y pienso en esas cosas..."

He recibido en mi consultorio, diagnosticados como ADD o ADHD por otros profesionales, niños que presentaban conflictivas psíquicas totalmente diferentes, y que se estaban estructurando de un modo que no tenía nada en

común,... salvo el "no prestar atención en clase" acompañado, en muchos casos, por un movimiento considerado excesivo y respuestas impulsivas.

Algunos de estos niños permanecieron sentados durante cincuenta minutos, hablando de sus padecimientos (a veces con una posición muy crítica con respecto a los adultos), otros jugaron y desplegaron sus fantasías, otros se mostraron atemorizados y paralizados y algunos no pudieron armar ni una frase coherente y sólo repetían palabras de otros, sonidos inconexos y movimientos sin meta...Todos habían sido catalogados del mismo modo porque fracasaban en alguna de las exigencias de la institución escolar y/o molestaban excesivamente en sus casas.

Niños de cinco años que se mueven "demasiado", niños que están ensimismados, niños que hablan de un modo desafiante, niños que no pueden organizar una tarea, niños que están tristes, niños con serias dificultades para armar pensamientos, todos son englobados del mismo modo en esta gran "bolsa de gatos" en que se ha convertido el Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Agrupación arbitraria e indiscriminada en la que todo problema de aprendizaje y/o de conducta queda "explicado" por una referencia a un "déficit" neurológico.

Diagnóstico que se realiza generalmente sin escuchar a los niños, en base a cuestionarios o a observaciones regidas por un "deber ser" escolar atemporal, en el que se desconoce la incidencia del contexto, con cuestionarios que contestan padres y maestros (que están inevitablemente involucrados en la situación).

Es decir, el modo mismo del diagnóstico implica una operación desubjetivante, en la que el niño queda "borrado" como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa.

Se diagnostica de este modo fundamentalmente a varones, aunque también se supone que hay un "déficit de atención" sin hiperactividad que es propio de las niñas. Este tema, que podría abrir muchos interrogantes acerca de cuáles son las demandas de la escuela primaria, y cómo puede ser más difícil para un varón responder a esa exigencia cuando implica someterse a códigos que él puede vivir como femeninos, como una exigencia de pasivización (pensemos que las maestras son generalmente mujeres), se resuelve simplificando: "estadísticamente la proporción es de 3 a 1". (Es decir, se considera que los varones tienen mayor predisposición a tener un déficit neurológico de este tipo que las mujeres). Y se cierran preguntas.

Esto ha tomado tal auge que en la reconocida revista *New England Journal of Medicine*, de abril del 2006, se afirma que en EEUU aproximadamente el 10% de los niños de 10 años están medicados por ADHD. En ese mismo artículo se plantean los riesgos cardíacos que trae esta medicación, así como los daños a largo plazo, por el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que producen (la OMS registró 28 muertes súbitas por esta causa).ⁱ

Si hay un 10% de niños desatentos e hiperactivos, ¿habrá una "epidemia" de un supuesto déficit neurológico cuyas consecuencias son tan graves que lleva a que los niños sean medicados con drogas que implican riesgo de muerte súbita, posibilidades de retardo en el crecimiento, de anorexia e insomnio, que está contraindicado en los niños con tics y con sintomatología psicótica?. ¿O habría que pensar que es un "diagnóstico-comodín" y que un niño que tiene alguna conflictiva psíquica o un contexto conflictivo puede manifestarlo a través de desatención y/o hiperactividad?.

También, ¿quizás es una época en la que el funcionamiento de los adultos en relación a los niños es altamente contradictorio: se los ubica en un lugar de poder omnímodo, sin contenerlos, dejándolos desprotegidos, a la vez que hay

muy poca tolerancia hacia sus manifestaciones?. Y esto en un mundo en el que lo que importa es el “rendimiento”, la “eficiencia”, en el que el tiempo ha tomado un cariz vertiginoso y los niños están sujetos a la cultura del “zapping”.

Tomando las palabras de Roger Misès, *“este trastorno está fundado sobre una colección 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)”* (Misès, R, 2001). Podemos agregar: a pesar de todas las investigaciones que demuestran lo contrario: la enorme incidencia que tiene el medio en que un niño "preste atención" y permanezca quieto.ⁱⁱ

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 primer 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 casuísticaⁱⁱⁱ, 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”:

a) 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 sensaciones 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).

b) 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.

c) 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).

d) 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".

e) 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.

f) 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.

g) 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 síntomas^{iv} y, lo que es igualmente grave, deja a un niño sin el tratamiento adecuado.

h) 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.

¿Por qué un niño se mueve sin rumbo y sin freno?

Hay niños que son inquietos, vitales. Y, tal como plantea Bernard Golse, es frecuente que en una sociedad acelerada e hiperactiva no se soporte el movimiento infantil. (Golse, B, 2003). Entonces se confunden características de la infancia con patología... y se patologiza la infancia.

Hay, sin embargo, niños que sufren y que lo manifiestan con un movimiento desordenado. Son niños que dan la impresión de quedar pataleando en el aire, satisfaciendo a través del despliegue motriz lo que no satisface el otro significativo. Son niños que no pueden parar, que dan la sensación de estar “pasados de revoluciones”, que están cada vez más excitados.

En estos niños el movimiento en lugar de servir como acción específica promueve mayor excitación, en lugar de producir placer y descarga de tensión,

funciona en un circuito de erotización, se les torna excitante. Es muy claro que no pueden detener solos el movimiento, que necesitan de una contención externa. Contención que puede estar dada por el analista, en forma de gesto o palabra envolvente.

Nosotros nos referiremos entonces a la "hiperactividad" como ese exceso de movimiento desorganizado, considerándolo una señal, un indicio de conflictivas que, muchas veces, no son evidentes sino que deberemos develar. Como la "desatención", la "hiperactividad" puede responder a diferentes determinaciones. Es un efecto, un síntoma, que, en sí mismo, no explica nada. Quizás haya otra cuestión en común (si diferenciamos a aquellos que están haciendo una estructuración psicótica y a los que presentan estados autistas), los niños desatentos e hiperactivos convocan al otro, "chocan" con el mundo, "llaman" a que se les dé alguna respuesta, quieren estar bajo la mirada del otro y a la vez andan por los bordes de esa mirada. Así, una maestra comentaba que un niño la "molestaba" porque se levantaba todo el tiempo del banco para preguntarle si lo que estaba haciendo estaba bien, interrumpiéndola. Es más, el cuestionario que suele utilizarse para diagnosticar ADHD tiene permanentes referencias a este "molestar" al otro. Por ejemplo, entre sus preguntas, figura: "interrumpe o irrumpe en las actividades de los otros (se entromete en conversaciones o juegos)", "contesta antes de que las preguntas se hayan completado", "tiene dificultades para esperar su turno", "molesta frecuentemente a otros niños", "discute y pelea por cualquier cosa". (Es claro que de lo que se trata en gran medida es de una evaluación de "mala conducta").

Pero las determinaciones que hacen que un niño se mueva sin rumbo son muchas y variadas.

Así, vemos en el consultorio niños que se mueven para constatar que están vivos a pesar del mandato materno-paterno de que funcionen como objetos. Y cuanto los adultos más se empeñan en que estos niños permanezcan quietos, más provocan, sin saberlo, el movimiento infantil.

También, hay niños que intentan sacudir a una madre depresiva con su movimiento continuo. A través de una actitud desafiante y perturbadora, la mantienen activa y en estado de alerta, funcionando como un estimulante, un "despertador" permanente (lo que ya afirmó Françoise Dolto).

Hay niños que expulsan lo no metabolizable con explosiones de angustia, expresadas a través de movimientos desordenados; son descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad.

Hay niños que se "calman" e intentan tolerar lo insoportable, neutralizándolo a través de un movimiento compulsivo. En estos últimos, los movimientos tienen el valor de mantener la excitación en el nivel más bajo posible, meta que fracasa. Esto lleva a nuevos procedimientos "autocalmantes".

Nos venimos encontrando, en muchos casos, con una dominancia de una relación dual, marcada por la persistencia de una sexualización erotizante, con un niño que queda excitado, y que no puede filtrar ni diferenciar las incitaciones del contexto ni las propias.

Algunos niños fracasan 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. Las actividades fantasmáticas funcionan como freno a la acción. Lo que suele ocurrir en estos casos es que, en lugar de que las fantasías sean anticipatorias de la acción, quedan en una fantasía-acción-movimiento que se les puede tornar terrorífica, en la medida en que se pierden los límites con la realidad.

Muchas veces, deberemos tomar en cuenta el desfallecimiento narcisista, junto con la falta de seguridad interna y la dificultad para asumir la regulación de la autoestima.

Ya hablamos de los niños que intentan capturar la atención del 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. A la vez, el otro lo mira como potencialmente peligroso e intenta controlarlo. Control que puede ser vivido como encerrante y suscitar mayor movimiento.

Hay otros niños que, cuando el objeto "falla" (en tanto no puede satisfacer ni en el momento ni en el modo preciso lo que el niño desea), la retirada de la investidura objetal no va al yo sino a la nada, al vacío. Es decir, en lugar de tratar de satisfacerse a sí mismo, o de apelar a la fantasía (y privilegiadamente al juego) el niño puede sentir que el fracaso es absoluto, que él está vacío y el mundo no le ofrece nada placentero. Así, la búsqueda puede ser alocada, imparable, sin metas claras. Una búsqueda caótica, en la que no se pueden filtrar ni seleccionar estímulos ni organizar la acción.

También podemos ver otros niños que son englobados en la categoría "hiperactivos" pero que presentan diferencias fundamentales : son aquellos que desafían a la autoridad y se mueven en clase, rebelándose a toda norma. El Superyó/Ideal del yo, con la interiorización de normas e ideales, permitirán acatar consignas dadas por otros, aceptar normas impuestas por una institución (como la escuela), dirigir la atención hacia donde el otro-autoridad exige.

Estos niños, más que un déficit en la estructuración narcisista, presentan déficits en la internalización de normas y prohibiciones. Muchas veces, suponen que si aceptan las normas escolares, van a quedar atrapados en la voluntad omnímoda de otro que no lo piensa como sujeto. La pelea, entonces, es brutal. O hacen prevalecer su voluntad o quedan sometidos a una fuerza que

no pueden controlar. Es por eso que, frente al enojo de los adultos, suelen renovar la apuesta y empeoran su conducta. Es como si se hubieran quedado en un momento previo a la estructuración del super-yó como instancia : la autoridad es asimilada al padre terrorífico, al padre totémico, cuyo poder es absoluto e irracional. La norma y quien la enuncia no son diferenciados. Así, en tanto suponen que el quedarse sentado mientras se desarrolla la clase no responde a una convención cultural sino que es un capricho de la maestra (dirigido especialmente contra él), la pelea se torna interminable.

Resumiendo, algunos de los determinantes de la hiperactividad serían :

- a) la lucha contra otro al que supone con deseos de paralizarlo (en equivalencia parálisis-muerte)
- b) el fracaso en el pasaje de la pasividad a la actividad
- c) la falla en la constitución de actividades fantasmáticas y oníricas
- d) dominancia de una relación dual, excitante
- e) trastornos en la constitución del yo como envoltura, como representación totalizadora
- f) la agitación como defensa frente al desborde pulsional
- g) el mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores
- h) trastornos en la constitución del super-yó.

¿Cómo trabajar psicoanalíticamente en estos casos?

En primer lugar, hay que tener en cuenta que los padres vienen desbordados. Suponen que su hijo tiene un problema muy grave, que lo puede dejar fuera del mundo (recordemos que la escuela es el primer lugar de inserción social y el riesgo es que quede fuera de ella). Llegan con un diagnóstico ya dado, que implica un déficit de por vida. Y ellos sufren, porque su hijo quiebra sus fantasías en relación a lo que debería ser un niño, porque suponen que el

futuro soñado tambalea, porque se ven a sí mismo (o generalmente lo insoportable de sí) en ese hijo que "fracasa".

Lo fundamental parece ser escucharlos y poner en cuestionamiento esa idea de catástrofe.

Entonces, con los padres, considero importante: 1) investigar cuáles son las conflictivas en juego en el contexto familiar y cómo se entraman las dificultades del hijo con su propia historia.

2) desarmar la idea de un "trastorno" de por vida y devolverle al niño el carácter de tal, es decir, de un sujeto en crecimiento, enmarcado en un tiempo de transformaciones, con historia y futuro.

Pero también son generalmente los maestros, que sienten que no pueden cumplir con su función, los que demandan que "se haga algo", a partir de su propio sufrimiento (muchas veces, por sensaciones de impotencia). Hay que tener en cuenta que suelen trabajar en malas condiciones, presionados por padres y autoridades y con muchos niños.

Pero podemos, con la escuela: 1) trabajar los modos de acompañar al niño en el proceso, teniendo en cuenta qué es lo que le está pasando, de qué modo y a qué atiende, qué es lo que obstaculiza el cumplimiento de la tarea escolar.

2) considerar que no hay pautas generales, sino que habrá que pensar estrategias de acuerdo a las conflictivas específicas que presenta ese niño, a la relación que establece con el maestro y con los otros niños y al modo en que vive el aprendizaje escolar. También, supone desechar la idea de que lo fundamental es el rendimiento expresado a través del cuaderno.

También, el niño, muchas veces, necesita nuestra ayuda.

Con él, sugiero: 1) escucharlo, como sujeto que está sufriendo y expresando como puede sus padeceres.

2) ir descubriendo cuáles son las conflictivas psíquicas que prevalecen en ese niño, si hay "agujeros" en su estructuración narcisista, cómo se viene construyendo en él el proceso secundario, cómo manifiesta la angustia.

3) delimitar hacia dónde dirige la atención, los modos en que se juega en él la hiperactividad y cuáles son las determinaciones prevalentes.

4) ir realizando con él las intervenciones psicoanalíticas apropiadas en cada caso, teniendo en cuenta la conflictiva específica.

Pienso que el psicoanálisis nos da elementos para intervenir con los niños que presentan dificultades porque nos brinda una teoría sobre la estructuración psíquica que es ineludible. Ineludible porque habla de los tiempos del armado subjetivo, porque describe minuciosamente las operaciones intersubjetivas e intrapsíquicas en los que alguien pasa a ser sujeto, en relación a un entorno, y cómo la capacidad simbólica nace y se despliega. Y da cuenta del entramado de lo individual, lo familiar y lo social.

Pero los psicoanalistas tenemos que seguir desarrollando teoría, afinar nuestros instrumentos, implementar diferentes recursos y poder fundamentar nuestro abordaje.

Entonces, retomando lo planteado anteriormente:

Si un niño está en retracción, con estados autistas, el analista deberá ir acercándose y libidinizando el mundo a partir de las sensaciones que el niño mismo registra.

Si un niño no puede atender porque está en alerta constante, por haber vivido situaciones de violencia, se deberán ir construyendo las vías para pasar del terror a la confianza, para ayudarlo a construir espacios estables. Se irá trabajando sobre esa historia de dolor, sin soslayarlo, ligando y reubicando las vivencias.

Con alguien que no puede constituir una representación de sí lo suficientemente estable como para dirigirse al mundo sin sentir que se quiebra, iremos armando una envoltura que posibilite ligazones, que le permita sentirse unificado, para lo que siempre es necesario un aporte externo. Esta envoltura se arma con las palabras, los tonos de voz, los ritmos del analista. A veces, la contención física, acompañada de palabras, es imprescindible. Así, se ayuda al niño a salir de la confusión, a ir diferenciando adentro-afuera.

Muchas veces, la meta en el análisis de los niños desatentos e hiperactivos será la de dominar o ligar la excitación.

Es muy diferente plantearse que un niño no atiende en clase porque está pendiente de las peleas entre sus padres, a pensar que lo que ocupa su atención es la búsqueda de aprobación y amor, o que queda, por momentos, inundado por fantasías.

Serán entonces diferentes las intervenciones a las que el analista deberá apelar. Así, en el primer caso, pondremos en palabras el efecto que se produce en él, el estallido psíquico y la confusión que lo domina cuando los padres se pelean. Y lo que hay que trabajar es en qué estado queda. En algunos casos, habrá que acotar un mundo fantasmático vivido como terrorífico y en otros, transformar acciones en juegos.

Si decimos que, en la mayoría de estos niños de lo que se trata es de un trastorno en la estructuración psíquica, fundamentalmente de una patología narcisista, nuestras intervenciones tendrán que tender a producir estructuración, ser posibilitadoras de armado psíquico. Por eso, plantear la interpretación como intervención privilegiada (como interpretación del deseo reprimido) puede ser falaz y hasta contraproducente, en tanto, en un niño impulsivo, en el que la represión primaria no se ha consolidado, las palabras del analista sobre su deseo pueden ser vividas como propiciadoras de la

realización del mismo. De lo que se trata es de aportar elementos para construir psiquismo.

Teniendo en cuenta que, cuando quedan sujetos a la exigencia pulsional, muchos de estos niños entran en un circuito de repetición del que no pueden salir solos, vamos haciendo un trabajo de encontrar vías de derivación y de mediatización de lo pulsional.

Debemos entonces diagnosticar cuáles 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... Y eso sí debemos diagnosticarlo para encontrar los medios adecuados para ayudarlo.

Entonces, lo que deberemos delimitar y desplegar es cuáles son los elementos en conflicto, si éste es intra o intersubjetivo, si viene variando y cómo, cuál es la movilidad de las defensas, cómo está operando la repetición y en quién.

Toda patología requerirá abordajes terapéuticos diferentes de acuerdo a cuáles son sus determinaciones. Así, un niño que está en proceso de duelo requerirá intervenciones psicoanalíticas diferentes a aquél que ha sufrido situaciones de violencia y ha quedado en estado de alerta continua o en estado de sopor. Un niño con severas dificultades en la estructuración del proceso secundario necesitará intervenciones que le posibiliten estructurar Prcc, mientras que otro cuyo sentimiento de sí dependa de la mirada del otro irá construyendo una representación unificada y valiosa.

Y esto siempre en un contexto.

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 para posibilitar un futuro abierto.

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.

Breggin, P. (2000) *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.

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

Fernández, Alicia (2000): "La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" médica 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.

Freud, Sigmund, (1914b) *Lo inconciente*, 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° 14, 2001*, Érès, París, pág 49-56.

Golse, Bernard (2003) « L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société » en Fourneret, Pierre y otros *L'enfant instable*, Le Carnet Psy N° 78, Éditiones 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°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° 5.*, Bs As, Fau Edit.

Janin, Beatriz (2000c) "El aprendizaje y los trastornos de atención, memoria y elaboración". En *Actualidad Psicológica* N° 282.

Janin, Beatriz: (2002b): "Vicisitudes del proceso de aprender" En *Cuestiones de Infancia* N° 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°33/34*, Bilbao.

Janin, Beatriz (2002c) "Vicisitudes del proceso de aprender". *Cuestiones de infancia N° 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, pag 5-81.

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

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

Nissen, Steven E., MD (2006) ADHD Drugs and Cardiovascular Risk, en *New England Journal* N° 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.

Roitman, Clara (2002) "El déficit atencional y su sustrato : enfoque teórico-clínico", *Cuestiones de Infancia N° 6*, Buenos Aires, UCES.

Tustin, Frances (1981) *Estados autistas en los niños*, Buenos Aires, Paidós.

Valentin, Éric (1996) "Somatizer, agir, représenter", *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.

Notas:

ⁱ En el *New England Journal of Medicine* del 6 de abril de este año, un artículo afirma que las anfetaminas y los estimulantes similares fueron introducidos para tratar el ADHD en 1950, pero que la frecuencia de este diagnóstico y el uso de estimulantes para tratarlo se ha acelerado muchísimo en los últimos años. El artículo dice que se ha testimoniado frente a la FDA que 2.5 millones de niños toman estimulantes por ADHD. En Europa, el diagnóstico de ADHD es infrecuente. Se han descrito casos de infarto de miocardio, stroke y muerte súbita en niños y adultos que toman estos estimulantes.

ⁱⁱ Thomas Armstrong afirma: "Las investigaciones sugieren que los chicos con diagnóstico de ADD/ADHD se comportan de un modo más normal en situaciones como las siguientes :

- en relaciones uno a uno (Barkley, 1990, págs. 56-57)

-
- en situaciones en las que se les paga para que realicen una tarea (McGuinness, 1985)
 - en ambientes que incluyen algo novedoso o altamente estimulante (Zentall, 1980)
 - en contextos en los que ellos pueden controlar el ritmo de la experiencia de aprendizaje (Sykes, Douglas y Morgenstern, 1973)
 - en los momentos en que interactúan con una figura de autoridad masculina, en vez de una figura femenina (Sleator y Ullman, 1981)."

En consecuencia, los síntomas de este trastorno parecen depender mucho del contexto." (Armstrong, pág. 21).

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

^{iv} En numerosos trabajos se afirma que la Ritalina no debe ser usada en depresiones y que en niños psicóticos, su administración exagera síntomas de comportamiento perturbado y desórdenes de pensamiento.