

Como ya informamos, los días 8 y 9 de junio se realizará en Bs As el Simposio Internacional sobre ADD/ADHD. Enviamos este artículo que profundiza en el tema.

¿Síndrome de ADHD? Aportes psicoanalíticos sobre los trastornos de la atención y la hiperkinesia:

Beatriz Janin

En un momento y en un contexto tan difícil, pensar juntos, interrogarnos sobre lo que hacemos en pos de trabajar por y para los niños, es fundamental.

Vivimos en un mundo en que la violencia nos invade y pensamos que es desde una posición fuerte de no violencia que debemos oponernos a todo tipo de violencia. Y hay un tipo específico de violencia, también motorizada desde lo social :

la de los tratamientos en los que se medica para tapar trastornos, para no preguntarse acerca del funcionamiento de los adultos, cuando se supone que el modo de contención de un niño desbordado se puede dar a través de una pastilla.

Movimientos de deshumanización, de descualificación, de no-reconocimiento.

En este momento, el alto porcentaje de niños medicados y la difusión de la medicación como aquello que puede resolver mágicamente problemas psíquicos, es preocupante.

En EE UU, 5 millones de niños medicados, ha forzado un debate público. Aquí, si bien no tenemos los alarmantes porcentajes de EEUU, nos vamos acercando paulatinamente a ellos. Según IMS Health, las ventas de comprimidos subieron de 1.036.000 en 1997 a 1.500.000 en septiembre de 1999.

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 abordaje de estos trastornos.

Intentaré, entonces, hacer un aporte en este sentido.

Hablar del síndrome de ADD (Attention Deficit Disorder) o ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), presupone plantearse una serie de problemas, entre otros, el del diagnóstico.

¿De qué diagnóstico se trata?

Considero que no hay un diagnóstico único, que hay diversos trastornos de atención y motricidad y que, para tratarlos, es básico pensar a qué determinaciones responden.

Lo que se combina en toda la bibliografía médica sobre el tema es el trípode: diagnóstico: síndrome de... ; medicación y terapia conductista y esta combinación parece ser ideal para contentar a los adultos y ubicar a los niños como "enfermos".

El orden de determinaciones se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones sino que a partir de las manifestaciones se construye una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa de todo lo que le ocurre. Ya no es "No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo", ¿por qué será?, lo que implica posibilidad de cambio, idea de

transitoriedad, sino : "Es ADD, por eso no atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo". Ya no hay preguntas. Se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos, y aislado de un contexto. Y el cartel queda puesto para siempre.

Así, hay niños en los que se diagnostica ADD cuando presentan cuadros psicóticos, otros están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.) o es habitual este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia.

¿Cuáles son los efectos psíquicos en un niño cuando es ubicado como síndrome?. Así, hay nenes que dicen : "Yo soy ADD", perdiendo el nombre propio y adquiriendo una identidad prefigurada, que lo unifica en la invalidez y en la dependencia a un fármaco.

La medicación es la primer salida frente a las dificultades de aprendizaje, indicada en muchos casos desde los mismos maestros, presionados a su vez por las exigencias sociales, tanto de los padres como de las autoridades, de que todos los niños aprendan a un mismo ritmo. Y ésto 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".

Esto nos llevaría incluso a preguntarnos qué tipo de atención requerimos cuando les pedimos que sigan el discurso del docente a niños a los que socialmente se los incita a atender estímulos de gran intensidad, de poca duración, y con poca conexión entre sí (como es el caso de los video-clips, de las propagandas televisivas, de los jueguitos electrónicos). También, un mundo en el que la palabra ha perdido valor, en que lo que se dice se desmiente con muchísima facilidad. Y les pedimos que atiendan a palabras.

La exigencia social es que los niños cumplan con las exigencias escolares tradicionales y no sólo eso. Deben estudiar varios idiomas, computación, etc. para no quedar "fuera del mundo".

Es decir, son generalmente demandas sociales las que motorizan la medicación.

A la vez, estos niños pueden sentir que quedan incluidos en el mundo de un modo muy especial : "soy ADD", puede ser una manera de tener un lugar. Un lugar de enfermo.

Profundizar en el modo en que se constituye la atención y la motricidad, así como en sus trastornos, nos puede acercar algunas respuestas.

La atención :

Desde la teoría psicoanalítica, hay dos tipos de atención :

una atención refleja o reflectoria y una atención psíquica o secundaria.

En el diccionario de psicopatología del niño y del adolescente (Houzel) se define la atención como un estado en el que la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo en tanto le permite no quedar sumido pasivamente a las incitaciones del entorno. Es decir, implica una selección y un filtro de lo que llega del contexto.

Se puede definir la atención en relación a la conciencia: la atención es la selección de un hecho o de un pensamiento y su mantenimiento en la conciencia.

Y está la atención constante, que corresponde al estado de vigilia (y se opone al estado de desconexión, de sopor) y la atención selectiva, en que se selecciona un elemento dejando de lado el resto.

Hay que tener en cuenta que lo que se le pide a un niño es que mantenga durante mucho tiempo la atención selectiva, en la escuela. Es decir, no sólo se le pide que esté despierto sino también que atienda selectivamente a lo que la maestra le dice.

En Freud, la atención tiene que ver con : la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad (en tanto el yo envía periódicamente investiduras exploratorias hacia el mundo externo).

Esto lleva a pensar que los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o inhibir procesos psíquicos primarios.

Y que las dificultades de atención son efecto entonces de ciertas dificultades en la estructuración psíquica.

Además, si la atención es investidura, podemos pensar que hay diferentes tipos de desatenciones. Y nos podríamos preguntar si hay alguien que "no atiende" en absoluto. Quizás lo que podemos hacer es intentar registrar las diferentes perturbaciones de la atención.

Un niño que está conectado con sus propias sensaciones no podrá atender a los estímulos del mundo. Así, tenemos, en primer lugar, niños que han retirado sus investiduras del mundo pero también niños que nunca lo han investido.

Sabemos que el mundo no es investido automáticamente, o que lo que se invierte casi automáticamente son las sensaciones. Pero para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión, para lo cual los estímulos externos no deben ser continuos, sino que tiene que haber intervalos. Tanto la ausencia permanente como la presencia constante dificultan el establecimiento de esta diferencia.

A la vez, la investidura del mundo se logra por identificación con un otro que va libidinizando a ese mundo y otorgándole sentido. Es la madre la que le ofrece al niño un mundo investido libidinalmente. Pero si la mamá no puede erotizar nada que no sea su propio cuerpo o sus propias sensaciones, si no puede transmitir un dirigirse al mundo y no hay un sustituto que realice esta tarea, el bebé no investirá un exterior a sí.

Así, nos encontramos con niños que no se conectan con el mundo, conectados con sus propias sensaciones intracorpóreas, tal como describe Tustin en los niños autistas.

También, con aquellos que han investido privilegiadamente el cuerpo materno y siguen atentos a él aún en época escolar. Estos niños pueden estar atentos, en la escuela, a cuestiones tales como los ritmos respiratorios y cardíacos del otro, la transpiración, los tonos musculares, los tonos de voz.... sin registrar lo que se les dice.

Es bastante frecuente que niños criados en un ambiente de mucha violencia o que han sufrido migraciones o privaciones importantes, estén totalmente desatentos en clase, en tanto la violencia deja, entre otras marcas, o una tendencia a la desinvestidura o un estado de alerta permanente que es acompañado, a veces, con la búsqueda de estímulos fuertes.

Considero que el circuito violencia-desatención-búsqueda de estímulos fuertes en el mundo-adicción es una de las vías posibles a pensar en los niños desatentos. Lo que

lleva a plantear el riesgo de dar medicación potencialmente adictiva a niños cuya estructuración psíquica tiene características adictivas.

Otra de las posibilidades es que el niño haya retirado sus inversiones del mundo (como plantea Freud en el neurótico) para invertir sus fantasías. Es diferente invertir las fantasías que invertir sensaciones kinésicas o latidos cardíacos. El niño que se repliega en la fantasía puede tacerlo porque el mundo (y sobre todo el mundo escolar) le resulta insatisfactorio, peligroso, o pone en juego su narcisismo.

La atención presupone una inversión sostenida de un pedazo del mundo.

Otorgarle valor psíquico a algo y sostener ese vínculo, implica una posibilidad libidinal que incluye un descentramiento de sí, en tanto la atención exige centrarse en un otro, y sostener esa inversión a pesar de los aspectos desagradables que puedan aparecer.

Pero hay niños que no pueden invertir un mundo que suponen hostil y del que se defienden borrando-borrándose.

Para poder atender sostenidamente a la palabra de los maestros, es necesario que opere el proceso secundario, ya que si cada gesto, cada palabra, cada movimiento, desencadena una sucesión de asociaciones imparables, es difícil seguir el discurso de un otro. También, si la palabra del maestro no puede ser valorizada, o predominan registros como el olfativo, el niño no podrá seguir la exposición.

Si bien las posibilidades son infinitas, intentaré enumerar algunos de los modos en que he ido viendo, en la clínica, trastornos de atención :

- a) Constitución de las inversiones de atención en relación a sensaciones pero no a percepciones ni a afectos. Esto puede resultar en repliegue absoluto o en atención errátil. Son los niños que están atentos a olores, sabores, etc. Las inversiones suelen ser lábiles, pasando con facilidad de un objeto a otro.
- b) Constitución de las inversiones 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.
- c) Trastornos en la constitución de la atención secundaria por fijación al polo exhibicionista. Son los niños en los que predomina el deseo de ser mirados y no pueden fijar la mirada en otro.
- d) Trastornos en la constitución de la inversión de atención por desmentida de la castración (por no soportar una fractura narcisista). La retracción se da por desencanto del mundo. No hay tolerancia a las heridas narcisistas. Sólo atienden a lo que les resulta fácil.
- e) Constitución de las inversiones de atención y posterior retracción por duelo.
- f) Desatención por retracción a un mundo fantasmático. Son niños que sueñan despiertos.
- g) Atención errátil por situaciones de violencia : estado de alerta permanente. Así como hay niños que quedan como dormidos, anestesiados, por la violencia, hay otros que quedan en un estado de alerta continuo.
- h) La desatención por no estructuración del proceso secundario :
 - La desatención por fallas en la represión primaria : el autoerotismo se opone, entra en contradicción con la atención a la palabra de los maestros.
 - Si el autoerotismo no ha caído bajo represión, abriéndose las vías para la sublimación, el niño no atenderá en clase.

André Green sitúa entre los mecanismos de defensa contra la regresión fusional la expulsión por el acto y la desinversión. "Me refiero a una depresión primaria, constituida por una desinversión radical que procura alcanzar un estado de vacío, de aspiración al no ser y a la nada. "

Pienso que muchas veces, en los niños llamados ADD, la inversión de atención no se puede sostener en relación al mundo. Hay una desinversión radical y por momentos un intento fallido de restitución frente al vacío, a la nada ; no se puede sostener la unificación cinética, no hay un "yo unificado" que permite moverse, la pulsión de dominio fracasa y no se domina la propia motricidad. Falla el intercambio con el resto del mundo.

En estos niños predomina una modalidad de funcionamiento en circuito cerrado, con un bombardeo de cantidades pulsantes-excitantes que no pueden tramitar ni cualificar. Es un funcionamiento por urgencias, con captación de frecuencias y ritmos, internos y externos.

La motricidad :

También en relación a la llamada hiperkinesia hay diferentes tipos de actividad, de movimientos en juego. Muchas veces, se confunde la inquietud, la vitalidad, con la hiperkinesia. Podríamos decir : un niño que se mueve mucho, pero con objetivos, en un despliegue motriz ligado a metas, es un niño vital. Quizás, un niño en el que la acción predomina sobre la palabra y el pensamiento cinético prevalece. Esto se confunde muchas veces con algo patológico a partir de la exigencia del contexto de que un niño sea alguien quieto, alguien inmóvil. El movimiento infantil es vivido muchas veces como peligroso.

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.

Generalmente, los niños a los que se refiere el DSM IV como hiperactivos e impulsivos 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 un placer y una descarga, funciona en un circuito de erotización, se les torna excitante. Es muy claro que no pueden parar solos, que necesitan de una contención externa.

Contención que puede estar dada por el analista, en forma de gesto o palabra envolvente. No es casual que, en muchos casos, los trastornos de atención estén acompañados por hiperkinesia e impulsividad. Ambos están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios.

El dominio de la motricidad, el manejo del propio cuerpo, se constituye en una historia.

En primer lugar, podemos pensar en la constitución de la pulsión de dominio (dominar los objetos, dominar el propio cuerpo, dominar al otro). Si la pulsión de dominio se constituye en un recorrido que va de dominar-dominarse-ser dominado y el órgano por excelencia es la mano, podemos pensar en los avatares del dominio de sí en relación a la construcción de la pulsión misma, en el interjuego activo-pasivo. Caminar,

hablar, manipular objetos, muestran los efectos de la separación y a la vez el deseo de anularla. Evidencian la constitución de la representación de sí

y del otro, esbozos de representaciones preconcientes, un cierto grado de escisión ello-yo y de fractura narcisista.

Pero si el narcisismo materno borra diferencias, quiebra distancias, si se hace por él y se le prohíbe el movimiento, si se habla por él, si se lo ubica como objeto a ser tocado y mirado, el niño puede quedar sometido a la actividad materna en una posición totalmente pasiva, o puede intentar ser, demostrar que está vivo, a través del despliegue motriz.

En segundo lugar, la pulsión de dominio se intrinca con el masoquismo y la pulsión de muerte.

La meta del investimiento particular de la motricidad que se da en estos casos es la de expulsar la parte de la pulsión de muerte no intrincada.

Se puede pensar la torpeza motriz como efecto de tensiones pulsionales no integradas. Es decir, como una falla en las actividades fantasmáticas y oníricas, en la capacidad para simbolizar. Lo que no quiere decir que no haya fantasías.

Frecuentemente, el niño hiperkinético tiene un mundo fantasmático que lo acosa y le resulta terrorífico. ¿Por qué le resulta terrorífico?. Podemos afirmar que las fantasías funcionan en él como estímulos imparables, aterradores, no diferenciables de la realidad. El mundo fantasmático lo abrumba y no hay proceso secundario que le posibilite frenar el pasaje a una motricidad desenfrenada.

Erik Valentin, en *Somatiser, agir, représenter*, habla de "fantasmas-acciones" o fantasías cinéticas.

Dice : "Las conductas actuadas de estos niños son tentativas de organización del masoquismo erógeno a fin de ligar a la vez el exceso de las cantidades de excitación que efractan las paraexcitaciones y una experiencia de pasividad indigerible. En este sentido, son próximos al comportamiento, pero estos actos motores están sostenidos en una cierta actividad fantasmática." Este autor plantea que es imprescindible que el entorno atenúe las angustias que estas fantasías suscitan permitiendo así la separación de un "adentro" y un "afuera" y la ligazón de las representaciones pulsionales a representaciones verbales (es decir, la construcción de representaciones preconcientes).

Pero en estos casos, los padres, generalmente, también quedan desbordados por cantidades y presentan una relación con el hijo en que sólo cobran sentido para ellos las conductas actuadas.

En los primeros años, el niño utiliza palabras-acciones; es decir, una palabra condensa toda una acción y va acompañada por ella. "Cayó", "dame", son palabras usadas como actos, que se acompañan generalmente de actos. De a poco, se va dando un pasaje de la palabra-acción a la palabra como representación, anticipación o relato de la acción.

En estos niños, hay una dificultad para pasar del acto a la representación del acto.

Freud afirma que hay modos de traducir, de organizar los pensamientos inconcientes de un modo preconciente que son anteriores a la palabra. Es lo que llamamos preconciente cinético y preconciente visual. Por ejemplo, cuando un nene de dos años se cae y uno le pregunta qué le pasó, él repite la acción, arma toda la escena nuevamente, se tira al piso, se vuelve a

tropezar con lo que se tropezó y puede decir "nene-apumba". Es el pensamiento cinético.

Los niños "hiperkinéticos" presentan dificultades ya en la constitución del preconciencia cinética, en esa organización preconciencia a través de acciones, por lo que no pueden apelar a esos modos de traducción.

Dificultad, entonces, en el procesamiento secundario de las representaciones en sus momentos iniciales, que lleva a un trastorno en la posibilidad de representar, de ligar, de traducir en palabras lo pulsional.

Son descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad.

Podemos hablar así de diferentes tipos de motricidades:

a) Motricidad como descarga violenta, muchas veces ligada a la analidad. Presupone la expulsión frente a las urgencias. Es una motricidad desprovista de significatividad simbólica, pero que tiene valor psíquico. Implica la imposibilidad de procesar las exigencias pulsionales.

b) La motricidad como acción, es decir, pensamiento en acto. Ciertos movimientos pueden ser pensados como el modo en que se dice, retorna lo que no tuvo palabras. Esta motricidad implica escenas que corresponden a vivencias y puede ser leída.

c) La motricidad en forma de procedimientos autocalmantes (como hamacarse compulsivamente), que neutralizan las tensiones demasiado intensas para traer la calma.

d) La motricidad como dominio de la realidad, como transformación del contexto y de uno mismo.

Estas diferentes series motrices se pueden combinar en el mismo sujeto. Por ejemplo, la tendencia a la expulsión puede articularse con las marcas de diferentes identificaciones, es decir, con las marcas que la historia ha dejado en la motricidad de ese niño.

Dice Joyce McDougall : "No reprimibles, los significantes infra-verbales que preceden a la adquisición de la palabra pueden siempre dar lugar a eclosiones psíquicas brutales con matices de pesadilla, e incluso a una experiencia alucinatoria o a una explosión somática". (Las mil y una caras de Eros, Del cuerpo hablante al cuerpo hablado).

Son, entonces, diferentes determinaciones posibles las que entran en juego :

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.

También, niños que intentan despertar a una mamá depresiva con su movimiento permanente. (Tal como afirma Françoise Dolto : "Los niños insoportables y opositores ayudan a una madre depresiva a no desplomarse"). Niños que expulsan lo no metabolizable y niños que se "calman", intentan tolerar lo insoportable, a través de un movimiento compulsivo.

Muchas veces, nos encontramos con que las interpretaciones hacen surgir pasajes al acto. Es por esto que el juego dramático pasa a ser fundamental con estos pacientes.

Un ejemplo clínico puede ilustrar lo dicho :

Ana: movimiento o encierro - avatares libidinales de una niña de 5 años .

Consulta la madre. "Desde beba que es muy difícil de manejar. Es

hiperkinética. En la escuela (va a preescolar) la ven dispersa, no dibuja la figura humana. No se concentra. Suponen que no va a poder ingresar a primer grado el próximo año. Se porta mal todo el tiempo. No sé qué hacer con ella. Nunca obedece. Yo quería consultar ya al año y después a los dos y todos me decían que era chiquita, que había que esperar, pero ahora también en el colegio tiene problemas. Me pidieron un psicodiagnóstico. Ellos dicen que tiene déficit de atención e hiperkinesia. Hace como si no escuchara. Le pego y me mira sin llorar. No puedo pasarme todo el día pegándole. Cuando la encierro hace un desastre. Si la encierro en el baño saca todo y abre las canillas. Si la encierro en la pieza saca la ropa del placard. Ya probé todo. Yo me vuelvo loca. A veces la mataría. Me agota. No tengo ayuda. Es tan terrible que no se la puedo dejar a nadie. Somos las dos solas. No doy más. Grito y le pego. No sé qué hacer".

Pregunto: "¿Y el padre?".

Madre: "No está nunca. Es un cómodo. Mejor ni hablar. ¿Usted cree que le importa algo?. El hace como si no tuviera nada que ver. Si viene, le va a decir cualquier cosa. ..." "Con esta nena todo me salió mal. Yo soñaba con tener una nena. Cuando escuchaba a otras madres decir que les molestaba llevar a los chicos a la plaza, yo no las entendía. Yo pensaba que la iba a llevar con un vestidito, sentar en la arena y yo dedicarme a bordar sentada en un banco. Nada que ver. Cuando la llevé, empezó a correr por todos lados, yo corriendo detrás de ella. No la llevé más. (Esta secuencia se repite cuando le compra plastilina y ensucia el piso, cuando le compra crayones y ensucia las paredes, etc.) Nunca puede estar quieta en un lugar. Empezó a gatear a los siete meses y a caminar a los diez meses. De ahí no he tenido descanso. Yo la metía en el corralito y ella se escapaba. Mis padres me dijeron que tenía que comprarle una jaula. Mi mamá no la soporta. Ella ya es grande y Ana es contestadora, brusca. Se mueve y se sienta como un varón, con las piernas abiertas. Dice malas palabras".

Entrevista con el padre: "Para mí Ana es una nena bárbara. Yo me llevo muy bien con ella. Es el juguete de la casa. Estoy con ella los domingos, porque en la semana trabajo mucho. Más no le puedo decir. Usted sabe que los hombres, en esta situación económica, no estamos en casa. Con mi mujer no me llevo".

Ana me saluda, de entrada, efusivamente, como si me conociera. ¿Confunde lo familiar y lo extraño?. Abre su caja de juego, saca todo, abre mis cajones y toca todo lo que encuentra. Pregunta qué es, de quién es, para qué sirve. Por momentos habla como una beba. Es atropellada, torpe en sus movimientos. M. le grita permanentemente. Le dice que se va a caer, a ensuciar, que va a romper. M. se anticipa al descontrol, promovándolo. "Te vas a ensuciar, vas a romper, etc." Son registrados como mandatos: "ensuciá, rompé". Y Ana obedece en el aparente desafío.

Ella fluctúa entre gritarnos a ambas que le obedezcamos rápidamente, dándonos ordenes absurdas, y decir: "soy loca, soy tonta", mientras tira al suelo todo lo que encuentra.

M. le otorga una imagen muy peculiar de sí. Hay una escena fija ... la nena sentada en la plaza, casi una foto o un cuadro ... ¿De qué historia se trata? M. relata: "Yo andaba derechita de chica. Era distinto. Los chicos no

podíamos hablar en la mesa, ni reírnos. Mi papá me miraba y yo temblaba. Pero casi no me criaron mis padres. No estaban nunca. Yo no hablaba, no molestaba. No recuerdo". El movimiento de Ana rompe el espejismo, la ilusión de un reencuentro. Logros que podrían haber sido vividos como tales, como gatear y caminar, son sancionados. Moverse autónomamente es peligroso. M. la encierra y se encierra con esta hija de la que no se puede discriminar. Y queda a su vez presa de las palabras de su propia madre. ¿Para quién es la jaula?

El psiquismo de Ana se está estructurando. Y ella corta papeles y los pega, intentando discriminarse, separarse y juntarse, infructuosamente. Pero su madre vive como peligrosos los intentos de separación y a la vez no tolera juntarse. Avatares del narcisismo. M. erogeiniza, excita, pero no puede hacerse cargo del desborde pulsional desencadenado, no puede ayudar a ligar, con la ternura, el erotismo. Y deja a Ana expuesta a sus deseos, que se tornan terroríficos e incontrolables.

Al no ser ubicada por sus padres en un devenir temporal, en el que hay aprendizajes, queda sujeta a una imagen congelada de sí, en la que todo comienzo supone un "ya" que significa el ensuciar, el correr, el tocar como dificultades que la definen como niña problema. ¿Cómo otorgarle un lugar de niña que crece si ellos están estancados en una especie de pelea narcisista, en la que cada uno pelea el lugar de niño preferido?. No se pueden constituir ni tiempos ni espacios como diferenciados.

Ana es un juguete, la imagen del cuadro, la muñeca, o es alguien violento que genera caos, alguien que viene a destruir, a sacudir, un mundo armónico y estático.

M. se anticipa a los movimientos de Ana. Presupone el desborde antes de que ocurra y no como duda, sino como certeza. ¿De qué desborde habla? ¿Qué deseos se ponen en juego?

Lo reprimido de esta madre, el placer de moverse, de tocar, de ensuciar, retorna desde la niña y es sancionado por M., asustada por la irrupción de lo inmanejable, de lo imposible de controlar. Sanción que se adelanta a un riesgo posible, al dejar coagulado como problema a un bebé que se mueve. ¿Cuál es el riesgo?. La aparición de un placer que la excede, en tanto provoca en ella una urgencia que el yo no puede contener ni tramitar. Y "enloquece".

En las primeras sesiones, con la mamá en el consultorio, Ana se hace un ovillo adentro de un cajón con tapa y va saliendo de a poco. La madre le grita que no se haga la beba. Yo le digo que quizás podemos jugar a que Ana es una beba chiquitita, y que nosotras somos los padres que nos ponemos muy contentos porque ella nació. La madre duda, yo le recuerdo que es un juego y acepta. Esto se repite durante un tiempo, en el que ella grita, se chupa el dedo, habla como beba y yo hago exclamaciones tales como : ¡qué alegría! Acá está Ana.

Después de un tiempo de trabajo con ambas, en el que se reitera el juego de las escondidas y Ana hace enchastres con plasticola, recorta papeles y los pega, y tira todo lo que encuentra, le dice a la madre que no entre.

A partir de allí y durante un tiempo, el análisis de Ana transcurre en medio de estallidos pasionales, situaciones de extrema violencia. Se tira encima

mío, intenta morderme, pegarme, me escupe, me pateo y cuando la sujeto para contenerla, grito desesperada: "Socorro, me matan"; llora e intenta escaparse, y vuelve a tirarse encima mía. Yo le hablo de que está muy asustada, de que quiere tocarme, estar cerca pero que el contacto se le torna terrorífico, que supone que me maltrata o la maltrato, me lastima o la lastimo, que puedo entender que sufre ...Le reitero en cada una de estas situaciones que no le voy a hacer daño, pero que no voy a dejar que ella se dañe ni me dañe. De a poco, Ana va diferenciando el espacio de la sesión del espacio de "afuera". Así, puede estar tirada en el piso, gritando, pero cuando le digo que la sesión terminó, se levanta, me saluda con un beso y sale tranquilamente del consultorio. Así, vamos evocando situaciones de mucho sufrimiento, escenas de pánico. Y Ana empieza a jugar con muñecas, tomando como "hija" una a la que había desarmado tiempo atrás.

Las intervenciones :

Para pensar las intervenciones con el niño es fundamental diferenciar de qué tipo de desatención, hiperkinesia e impulsividad se trata.

Es diferente pensar en un niño que no sostiene las investiduras del mundo por identificación con un vacío y al que habrá que ayudarlo a construir, de a poco, la atención hacia el mundo, acompañándolo en sus intentos, a pensar en un niño que se aterra de un mundo fantasmático en el que pensamiento y acción están indiscriminados.

También van a ser diferentes las intervenciones con un niño que no atiende porque no diferencia estímulo de pulsión y vive en un magma indiferenciado, al que habrá que marcarle las diferencias, ayudarlo a investir el mundo, nombrarle los diferentes objetos enfatizando y modulando diferentes ritmos y tonalidades, a aquellas intervenciones con un niño que no atiende porque está atento a todo, que vive en un mundo en el que toda sensación, toda percepción, cobra una dimensión excesiva, como si fueran múltiples estímulos aguijonéandolo. Con este último, el tono de voz y la actitud del analista puede ser suave, monocorde, apuntando a la contención y al sostén, hasta que el niño pueda ir escuchando tonalidades sin que éstas lo perturben. Con estos pacientes el lugar del analista puede ser el de promotor de investiduras estables, con intervenciones tales como : "Miremos..., escuchemos..., esperá....".

Teniendo en cuenta que, cuando quedan sujetos a la exigencia pulsional, 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.

Algunos recursos que he utilizado con estos niños son : a) la escritura (o el dibujo); b) sostener el juego o crear una situación de juego a partir de un acto (Por ejemplo, un paciente me tira con una madera y yo la esquivo y armo de a poco un juego de tirar maderas, encontrarlas, volverlas a tirar, hasta llegar a un juego de esconder y buscar, primero siguiendo su ritmo, desesperado, vertiginoso, y luego, a propuesta mía, diciendo "frío, caliente..."); c) diferenciar el juego de la realidad (en la medida en que muchas veces estos niños se sienten atrapados por un mundo fantasmático del que no pueden salir); d) ir incluyendo variaciones, como intermediaciones;

e) ir armando una envoltura que posibilite ligazones (pensando que es necesario un aporte externo), envoltura que se arma con las palabras, el tono de voz, los ritmos del analista.

Pienso que esto es trabajo psicoanalítico. Y que presupone un tipo de intervenciones que implican que en estos niños no se han constituido diferencias claras entre Icc y Prcc, que responden de un modo inmediato a los estímulos pulsionales, que no hay un tiempo de espera interna ... y que la posibilidad de simbolizar es una cuestión a construir en el tratamiento psicoanalítico.

Por último, si lo traumático temprano deja marcas en el cerebro, ¿cómo operar sobre los traumas tempranos y sobre las huellas, en tanto caminos que pueden implicar reorganizaciones sucesivas?. Esto abriría el tema de la prevención en los análisis tempranos y nos plantearía la cuestión de si en esos análisis no estamos trabajando en el límite de lo constitucional (entendiendo como tal lo planteado por Freud).

Para finalizar, considero que ningún sujeto puede ser reducido a un "sello" sin desaparecer, como sujeto humano, complejo, contradictorio, en conflicto permanente, en relación a un entorno significativo. Otorgándole a un niño la posibilidad de que su historia tome rumbos impredecibles, lo ayudamos a acceder a esa libertad posible..... que es la meta psicoanalítica por excelencia.

Quizás, rescatar la libertad de estos niños sea nuestra tarea....

Bibliografía :

BION W. R.(1970) : Atención e interpretación, Buenos Aires, Paidós,1974.

EFRON D., JARMAN FC, BARKER MJ: (1998) Child and parent perceptions of stimulant medication treatment in attention deficit hiperactivity disorder. Melbourne, Australia. J-Paediatr-Child-Health.

FEJERMAN N., ARROYO H., MASSARO M., RUGGIERI V: Autismo infantil y otros desórdenes del desarrollo. Buenos Aires, Paidós.

FREUD S. : (1950a (1887-1902)) Los orígenes del psicoanálisis, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol 1, 1982.

(1914c) Introducción al narcisismo, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed., vol 14, 1979.

(1915c) Pulsiones y destinos de pulsión, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 14, 1979.

(1915d) La represión, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 14, 1979.

(1920g) Más allá del principio del placer, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 18, 1979.

(1923b) El yo y el ello, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 19, 1979.

(1926d) Inhibición, síntoma y angustia, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 20, 1979.

(1940a (1938)) Esquema del psicoanálisis, in Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu ed, vol 23, 1980.

GREEN A. (1972) De locuras privadas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1990.

JANIN B. (1989) Aportes para repensar la psicopatología de la infancia y la

adolescencia, en Revista Argentina de Psicología, Vol.40. Buenos Aires.
(1994) Crisis ética y psicopatología infantil. Revista Argentina de Psicología, Vol. 40. Buenos Aires.
(1998) Trastornos del afecto, trastornos del contexto, marcas en el cuerpo. Buenos Aires. Revista Actualidad Psicológica N° 257
(1998) Los trastornos tempranos en la estructuración del psiquismo : la historia vivencial, en Revista Cuestiones de Infancia Vol. 3 pp 7-22, Buenos Aires.
KÄES R, FAIMBERG H, ENRIQUEZ M et BARANES JJ : (1993) Transmission de la vie psychique entre générations, París, Dunod.
MALDAVSKY D. : (1995a) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu ed.
(1996) Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares, Buenos Aires, Paidós.
SAFER DJ, ZITO JM, FINE EM : (1996) Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. Baltimore, Pediatrics.
TUSTIN F. : (1981) Estados autistas en los niños, Buenos Aires, Paidós.