

La construcción de la subjetividad : entre la violencia y la esperanza.

Beatriz Janin

Nos reunimos hoy a pensar sobre los niños. Sobre todos los niños, porque este tema que hoy nos convoca implica no sólo a aquellos niños que son diagnosticados de un modo escandaloso y medicalizados y robotizados, sino también a aquellos que intentando encontrar un lugar en el mundo quiebran las reglas y son ubicados tempranamente como delincuentes irredimibles (generalmente por los mismos que perdonan masacres colectivas cometidas por adultos).

Por otra parte, se supone que aquellos que son medicados son los niños de clases media y alta. Pero lo cierto es que hay mucha presión para que el Estado pague medicación para todos los niños. Y esto implicaría una ganancia atroz por parte de los laboratorios. La lucha de muchos de nosotros viene frenando esto, pero a lo que se apunta es a medicalizar la infancia en su conjunto.

Entonces, en este Simposio vamos a hablar de los niños y a tratar de pensar salidas.

Hay una pregunta que me parece clave:

¿Cómo se estructura psíquicamente un niño?

Todos nacemos en un contexto determinado y ese contexto tiene determinadas características. Y determinados ideales, modelos que marcan el modo en que miramos y en que somos mirados...

Consideramos que todo niño se desarrolla en un contexto, en el que las primeras vivencias van dejando marcas. Marcas de

placeres y dolores que se van complejizando a lo largo de su crecimiento y que pueden ser reorganizadas por experiencias posteriores.

El psiquismo es, desde nuestra perspectiva, una estructura abierta al mundo. Y el mundo es para un niño, en gran medida, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura. Otros que son sostén y fuente de satisfacción y placer, pero también portadores de angustias y dolores.

La relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la relación de la pareja con el medio social que la rodea

El grupo predice, antes del nacimiento de un sujeto, el lugar que se supone ocupará

Pero, como afirma Castoriadis, madre y padre no son solamente madre y padre. Son “claramente la sociedad en persona y la historia en persona inclinados sobre la cuna del recién nacido; siquiera porque hablan. En y por medio de la lengua se expresan, se dicen, se realizan, se transfieren las significaciones de la sociedad. Padre y madre transmiten lo que viven, transmiten lo que son, proveen al niño de polos identificatorios simplemente siendo lo que son.” (pág 165 – El avance de la insignificancia – está copiado en forma fragmentaria).

Además, toda sociedad sostiene ideales en relación a cómo debe ser un niño y esto es transmitido tempranamente.

Se podría decir que todo sujeto firma cuando nace, mucho antes de tener conciencia de esto, un contrato con el grupo social al que pertenece. Contrato en el que se compromete a

cumplir con determinadas pautas para ser considerado parte del grupo y obtener el reconocimiento del mismo¹.

Es decir, la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo ese grupo social.

Uno se tendría que preguntar qué contrato se les está haciendo firmar a los chicos hoy, cuál es la propuesta que les estamos ofreciendo en relación a los valores, los ideales, etc., qué es lo que les pedimos y qué les damos a cambio, qué es lo que se les exige, cuál es la representación que tenemos de salud como para que aparezca tanta diferencia entre los ideales educativos y la cantidad de chicos que fallan en la escuela. Esto genera preguntas que hay que sostener y no cerrarlas.

Por consiguiente, pensar la psicopatología infantil lleva ineludiblemente a reflexionar sobre las condiciones socio-culturales en las que se gesta dicha patología y también sobre qué es considerado patológico en cada época.

En la época actual, una sociedad en la que se idealiza el éxito fácil, la competencia, el individualismo, la imagen, en la que los mandatos son del tipo: “sólo hazlo”, en que hay un exceso de información, en que los ritmos son vertiginosos, en la que lo temido es la exclusión, ¿qué ocurre con los niños?

Voy a tomar palabras de Cornelius Castoriadis: Si el hacer de los individuos está orientado esencialmente hacia la maximización del consumo, del poder, de la posición social y del prestigio (únicos objetos de investidura que hoy son socialmente pertinentes), a la expansión ilimitada del control “racional” (técnica, ciencia, producción, organización, como fines en sí mismos) con móviles

¹ El tema del contrato narcisista es desarrollado por Piera Aulagnier en *La violencia de la Interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, pág. 162-167.

esencialmente egoístas, donde cooperación y comunidad no existen sino bajo un punto de vista utilitario, lo que es necesario es una nueva creación cultural. (no es textual: Ventana al caos – página 17).

Yo agregó: esto implica la preeminencia de valores que dejan absolutamente desprotegidos a niños y adolescentes.

(Castoriadis, El avance de la insignificancia) “la descomposición se ve sobre todo en la desaparición de las significaciones, la evanescencia casi completa de los valores.”

(Castoriadis, el avance... pág 113)

“Cuando se proclama abiertamente que el único valor es el dinero, el provecho, que el ideal sublime de la vida social es enriquezcase, ¿es posible pensar que una sociedad pueda seguir funcionando y reproduciéndose sobre esta única base?”
(pág 113).

¿Qué lugar pueden ocupar los niños? ¿Qué proyectos les proponemos?

Los niños van construyendo soportes éticos desde la cuna. Hay mandatos, normas e ideales que los adultos les transmiten en actos, gestos, comentarios, que implican el reconocimiento del otro como sujeto o que suponen el desconocimiento del otro, el arrasamiento de toda subjetividad.

Y la construcción misma de los deseos como recorrido, como búsqueda, está marcado por la posibilidad del adulto de erotizar con ternura, sin dejar al otro en un estado de excitación permanente, de narcisizar reconociendo diferencias, de transmitir prohibiciones sin funcionamientos autoritarios.

Todos los que trabajamos con niños y con adolescentes sabemos que la infancia no es esa época idílica y sin problemas con la que fantaseamos los adultos, sino un período de grandes convulsiones, de pasiones intensas, de miedos y sobresaltos... Y que la adolescencia es una edad de tempestades, de crisis y duelos, de despedidas y encuentros, de pérdidas inevitables...

Son momentos de crecimiento, de adquisiciones nuevas, en los que el soporte de los otros es fundamental.

Y cuando la tormenta arrecia, no se sabe manejar el timón y el camino está sembrado de obstáculos, se hacen imprescindibles las luces del faro y el relato de los antiguos navegantes.

El psiquismo se estructura en una sociedad determinada y en una historia colectiva. Es decir que nuestra historia es siempre, a la vez, muchas historias.

Y niños y adolescentes son portadores de una memoria que los trasciende. Lo transmitido, las historias que los anteceden...inciden cotidianamente en ellos.

Es frecuente que el malestar de los adultos provoque en el niño efectos de diferente índole. Cuando los adultos están desbordados o deprimidos, suelen no tolerar las demandas de un niño o vivirlas como excesivas, y las registran como golpes. Esto los lleva a violentar al niño. Y el niño muestra la situación sin salida del modo en que puede. Pero, muchas veces, la violencia se reitera en el mismo momento en que tendría que desarmarse. La consulta a un profesional por una dificultad infantil, que suele ser un síntoma con el que “dice” su desesperación, termina en algunos casos siendo un espacio en el que el niño queda anudado a un decir sobre él que lo excluye como sujeto. Así, cuando se lo “diagnostica” y se les devuelve a los padres un “cartel” para colgarle al niño, cuando se hace esto en base a pruebas estandarizadas en otros países, cuando se lo medica para calmar la angustia de los adultos, se está redoblando la violencia.

Los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, medicados, expulsados de las escuelas. Ya no se “portan mal” sino que tienen un déficit, no es que son inquietos, sino que sufren de un trastorno, no se distraen, sino que tienen una enfermedad...

La mirada sobre la infancia se ha transformado, en gran medida, en una búsqueda permanente de desvíos de un modelo considerado universal, sin tomar en cuenta tiempo y lugar.

Se considera que un niño que no funciona como los demás, cuyas conductas no responden al modelo, tiene una patología orgánica. Y se suele pedir que responda, en el ya-ahora, a pautas supuestamente universales.

¿Por qué este auge de la medicación y de terapias en las que la cuestión es que el síntoma desaparezca rápidamente?

¿Por qué la idea predominante suele ser la de que el movimiento desaparezca (y no importa ahí que aparezca otro síntoma) en lugar de pensar que ese movimiento nos está hablando de algo que le ocurre a ese niño y que el tema es cómo ayudarlo a resolver la situación?

El fantasma de la exclusión rige todo: un niño que fracasa en la escuela es vivido como un futuro marginal. Un niño que no tiene amigos es ubicado como alguien que va a tener dificultades toda la vida y que va a quedar aislado, con las consecuencias de esto. Un niño que tiene respuestas violentas es un futuro delincuente.

Padres y maestros que temen ser excluidos del sistema suponen que un niño que tiene tiempos diferentes, u otros intereses, fracasará en la vida.

En tanto la institucionalización de los niños se realiza en tiempos muy tempranos, la comparación con los logros de los otros también se hace prematuramente.

Desde los dos años, un niño tiene que cumplir con pautas generales y si no lo hace, puede ser considerado “discapacitado”. Esto lleva a que muchas variaciones que podrían ser transitorias, por tiempos diferentes en la adquisición de las potencialidades, se vivan como permanentes, signando a alguien para siempre.

De este modo, se supone que el rendimiento de un sujeto durante los primeros años de su vida determina su futuro, desmintiendo que todo niño, como sujeto en crecimiento, está sujeto a cambios. Desmentida que lleva a coagular un proceso, dificultando el desarrollo.

El placer del aprendizaje queda jaqueado y la escuela pasa a ser un lugar en el que lo importante es “pertenecer”, de acuerdo a grupos sociales...

Si un niño queda “afuera”, queda afuera del mundo. Es tempranamente expulsado de la red productiva. Y esto desespera a los padres.

Esto en una época y en un mundo muy particular: se terminaron los modos en que Occidente resolvía el tema del exceso de población (a través de la conquista de territorios que supuestamente no eran de nadie). Ni la emigración de los europeos a África o a América resuelve hoy la situación de los “excedentes humanos” de los países centrales ni los africanos ni los americanos tenemos lugar en Europa. Me parece que esto, muy bien descrito por Zygmunt Bauman, explica en parte el terror a la exclusión, terror que transmitimos a nuestros niños sin tener conciencia de esa transmisión.

Terror a la exclusión que deriva en terror al futuro.

Bauman dice: “El progreso se ha convertido en algo así como un persistente juego de las sillas en el que un segundo de distracción puede comportar una derrota irreversible y una exclusión inapelable. En lugar de grandes expectativas y dulces sueños, el “progreso” evoca un insomnio lleno de pesadillas en las que uno sueña que “se queda rezagado”, pierde el tren o se cae por la ventanilla de un vehículo que va a toda velocidad y que no deja de acelerar.” (pág 21 – Bauman – Tiempos líquidos)

Pero entonces una de las cuestiones que ocurren en esto es que lo que se les transmite a los niños no es “vas a poder cuando seas grande” sino “disfrutá ahora, porque ya vas a ver cuando seas grande”, transmitiéndoles el futuro como peligroso.

Siguiendo esta línea, Silvia Bleichmar afirma:

“De esta manera estamos frente a situaciones en las que el temor de los padres a que los hijos queden fuera de la cadena productiva los lleva a perder de vista toda posibilidad de construcción de un sujeto, para centrarse en cambio en la administración de conocimientos, como si uno construyera una computadora. La escuela tiene que romper ese molde. Tiene que ayudar a producir subjetividades que no solamente sirvan para la aplicación del conocimiento, sino para la creación de conocimientos y de conocimientos con sentido, no solamente con el único sentido de ganarse la vida”. (Violencia social-violencia escolar).

Podemos observar que la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo ese grupo social.

Así, se aceptan como normales en una época cuestiones que son rechazadas en otra y en cada grupo social los parámetros de "buena conducta" son diferentes. Esto está fundado en que cada grupo plantea un contrato narcisista diferente, o sea, espera que sus miembros respondan de determinada manera y ocupen determinados lugares, aceptando de un modo variable los disensos.

Lo que se espera son “rendimientos”, “producciones”, que permitan incluirlo en el mercado exitosamente.

La idea de una debacle, de un no-futuro o de un futuro espantoso, produce una inundación de afectos y fantasmas ligados a lo temido por uno mismo y por las generaciones que lo precedieron.

En este sentido, cuando se deja de pensar en términos de futuro, de proyectos, el pasado vuelve, ya no como historia, como relato de sucesos pasados, sino como retorno de lo temido, inundando y aplastando al presente...

El pasado en su aspecto temido vuelve como único futuro posible, en una especie de cierre que no permite otro tipo de circulación.

Esto deja a los niños detenidos en una "falsa infancia", siendo eternamente niños y en realidad nunca niños, en tanto ausencia de un contexto protector.

Al no ubicarlos en un proceso de crecimiento, se ejerce sobre ellos una violencia. Al esperar que puedan todo "ya", se los pone en un lugar de adultos antes de tiempo.

Pelea por "ser", por sentirse reconocidos, por ocupar algún lugar, así sea el de los rechazados.

Y se tiende a confundir las dificultades, los problemas de un niño, con un "trastorno".

Uno de los modos del maltrato se da a través del quiebre de los soportes identificadorios o cuando se desconocen sus posibilidades y su historia. Las amenazas, la denigración permanente: "sos un desastre", "sos tonto", "sos malo" o las exigencias desmedidas dejan marcas de dolor.

Y un niño difícilmente pueda diferenciarse del contexto. La violencia es siempre en él un interno-externo indiferenciable.

A diferencia de un adulto que tiene la posibilidad de contrastar su memoria con el presente, el niño no ha podido construir todavía una historia que le permita oponer otras representaciones a las que irrumpen en forma de maltrato.

Hay violencias que suelen ser realizadas por los profesionales.

Muchas veces, niños que han sido maltratados, que han sufrido golpes o abuso sexual, son diagnosticados luego como portadores de un supuesto síndrome de causa genética. Diagnósticos que se realizan generalmente sin escuchar a los niños, en base a

cuestionarios o a observaciones regidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos.

Sin bucear en la historia de ese niño, sin hablar con él, se atribuyen a causas orgánicas sus comportamientos. 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.

Así, los niños quedan sujetos a una doble violencia: se promueven conductas defensivas, de alerta o de ensimismamiento, como efecto de las violencias sufridas, y luego se redobla la violencia diagnosticándolos como "deficitarios" y medicándolos. Quedan así como únicos portadores de una "discapacidad", mientras los adultos siguen violentándolos.

Se suele ubicar, de acuerdo con el DSM IV, que cada trastorno tiene una causa biológica y que requiere una medicación determinada.

A la vez, los niños son considerados consumidores privilegiados, no sólo en relación a los juguetes y la ropa, sino en todas las áreas. Así, el mercado tiene un peso decisivo a la hora de decidir tratamientos.

Es notorio que la práctica clínica misma, la elección del tratamiento, el modo de hacer los diagnósticos, están atravesados por la interferencia de factores e intereses sociales, económicos y político-ideológicos.

Es decir, también lo económico tiene incidencia en este tema y lleva a reducir la complejidad de la vida humana y del devenir psíquico infantil a números y el tratamiento de las dificultades de los niños a la aplicación de un fármaco.

La medicación ha pasado a ser incorporada como algo que resuelve problemas de conducta y de aprendizaje, como lo que soluciona en forma rápida las dificultades que un niño puede tener en su adaptación al ritmo escolar.

Y la escuela es vivida como la puerta de entrada al mundo laboral, que a su vez alberga sólo a unos pocos. Así, por la primacía de los temores a la exclusión, el desempeño en la escuela de un niño desde el jardín de infantes se considera premonitorio de su desempeño futuro. El placer en la adquisición de conocimientos tiene poco lugar. El tema es adquirir los saberes necesarios para competir en el mercado laboral.

Así, Charles Coutel advierte: "La Caja de Ahorro reemplazó la esperanza utópica; los intereses reemplazaron al interés. Taine y Renan acompañan la expansión

capitalista: se trata de acumular los saberes y los hechos como amontonamos el oro”².

Es habitual, entonces, que antes de preguntarse por las condiciones de aprendizaje en esa escuela y por la historia de aprendizajes de ese niño, se lo ubique rápidamente como alguien que “debe” acomodarse a lo ya dado en el menor tiempo posible.

Por la lógica del mercado.

Y esto trae como consecuencia que los niños considerados “deficitarios” representen un alto porcentaje de la población.

Así, ya en 1997 se administraban psicoestimulantes a dos millones de niños en Estados Unidos y otro tanto en Canadá. Esta cifra se ha ido incrementando a partir de entonces. Esto a pesar que el 30% de los niños no responde al tratamiento o no lo tolera por sus efectos secundarios³.

En un trabajo publicado en el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, en agosto de 2000, se afirma que en una comunidad de Carolina del Norte, más de la mitad de los niños que recibían medicación no reunían los criterios diagnósticos básicos. Los autores concluyen que los padres suponen que la medicación mejorará el rendimiento escolar de sus hijos y por eso se la administran⁴.

En Brasil se llegó a la conclusión de que el 17,1% de los niños de una escuela elemental tenían ADHD⁵. De 403 alumnos, 108 dieron resultados positivos.

Y en una escuela de Bogotá, los maestros ubicaron al 31% de los niños como teniendo problemas de atención⁶.

Esto muestra cómo la idea de hiperactividad se confunde con la de infancia y cómo la mirada de los adultos puede catalogar a los niños de hoy como ADHD. Pero también habla de las pautas culturales, de los modos de educar y criar que hacen que los niños tengan diferentes comportamientos en diferentes grupos sociales. También, evidencian la incidencia de la escuela misma en la desatención e hiperactividad de los niños (no es casual que en algunas escuelas el porcentaje sea mucho más alto que en otras).

La diferencia entre pensar una dificultad infantil como algo del orden de lo analizable o pensarla como algo del orden de lo que hay que acallar rápidamente, es total y absoluta.

² Charles Coutel, *Por qué aprender*, Buenos Aires, Ed. Del Signo, 2006, p. 35.

³ K. C. Daley, “Update on attention-deficit/hyperactivity disorder”, en *Current Opinion in Pediatrics*, Vol 16, N° 2, 2004, pp.217-26.

⁴ National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, “Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)”, en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n°39, 2000, pp. 182-193.

⁵ M.M. Vasconcelos, J. Jr. Werner, A. F. Malheiros *et al.*, “Attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school”, en *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, vol.61, n°1, 2003, pp. 67-73

⁶ C. Talero Gutiérrez, A. Espinosa Bode, A. Vélez Van Meerbeeke, “Trastorno de Atención en las Escuelas Públicas de una localidad de Bogotá: percepción de los maestros”; *Revista Facultad Medicina.*, Bogota, Vol 53, n°4, 2005, pp. 212-218.

Si un niño puede resolver la dificultad para quedarse quieto, o puede tramitar los pensamientos que lo atormentan, va a ir realizando un aprendizaje fundamental, va a poder desplegar sus posibilidades.

El tema es si ese niño es escuchado en su sufrimiento, si se le da un lugar para que pueda ir modificando, con tiempo y trabajo, el modo en que viene resolviendo sus conflictos, para ir encontrando nuevas formas que impliquen un menor sufrimiento.

Me consultan por una niña de 11 años que llora todo el día. Alguien diagnostica: depresión. Hay que hacer algo, rápido. Surge la idea de la medicación. Pero los padres piensan que está teniendo problemas y que no puede resolverlos sola. Piden la consulta. La niña habla, mucho. Y habla de sus dificultades para ubicarse en un cuerpo que está cambiando y con miradas diferentes. Y de la angustia por sentir que se puede quedar sin su mamá si crece... Y del “me quiero morir”, puede pasar a decir: “cuando sea grande todo va a ser más fácil”.

Si se la hubiese medicado, si se hubiese pensado que era una “depresión” en lugar de pensarla como alguien que lidia con las dificultades del crecimiento, lo único que se hubiera hecho hubiera sido obturar la tristeza, pero sin resolver sus causas, por lo que finalmente lo único que se hubiese logrado hubiese sido que ese afecto, efecto de pensamientos, de vivencias, de deseos, se hubiese acallado. ¿Hubiese podido elaborar la el duelo por los padres infantiles que implica la entrada a la adolescencia? ¿Hubiese logrado armar proyectos para cuando “fuera grande”? ¿O quizás se hubiese callado y somatizado el dolor, encontrando otros caminos de expresión, menos evidentes y también menos simbolizados?

Lo fundamental parece ser pensar cuál es la representación de niño que sostenemos.

Un artículo muy interesante publicado en la página de UNICEF plantea que los niños negros son etiquetados como ADHD en mayor medida que los niños blancos en EEUU (Katherine Stapp, 2000).

La Asociación Médica Nacional, un grupo de unos 20000 médicos africano-americanos, indica que los problemas de hiperactividad

son diagnosticados en exceso (en demasía) en la comunidad negra, lo que aumenta la concentración de niños de ese grupo en las clases de educación especial.

El artículo afirma que los niños negros son fuertemente sobre-representados en la mayoría de los sistemas como siendo niños de riesgo. Las clases superpobladas crean una situación en la que los docentes tienen más necesidad de controlar a los niños y no son capaces de responder a sus necesidades individuales.

El informe anual de 1998 de los Programas de Educación Especial del Bureau Federal menciona que entre 1980 y 1990, los niños negros han sido derivados a Educación Especial en una proporción dos veces superior a los blancos (mientras que los afro-americanos constituyen el 12 por ciento de la población, representan el 28 por ciento de los alumnos en educación especial). La situación de los hispanos es todavía peor, con un aumento del 53 por ciento en relación al seis por ciento para los blancos.

El artículo plantea que hay un prejuicio, ligado al temor hacia los hombres negros, que lleva a que los docentes interpreten de un modo particular el comportamiento de estos niños. Y que los dos tercios de los niños que están en educación especial son varones.

Así, miles de niños son catalogados como discapacitados y no lo son, simplemente no han tenido una buena experiencia de aprendizaje. El artículo finaliza afirmando que ni la escuela especial ni la medicación son los modos de ayudarlos.

Creo que esto pone sobre el tapete varias cuestiones:

La dificultad para ubicarse frente a las diferencias.

El modo en que se determina “discapacidad” como discriminación.

El temor que inspira un niño diferente.

El uso del poder en ciertos modos de “diagnosticar”.

Y subrayo: niños a los que se teme y a los que, por consiguiente, se mira de un modo especial, teniendo que callarlos rápidamente.

El tema parece ser cómo se interpretan las actitudes de estos niños.

- Una de las dificultades con la que nos encontramos es que, frente al desafío del niño, el adulto se siente anulado como tal, se siente sin lugar. Esto se agrava cuando el adulto espera el reconocimiento del niño para sostenerse como autoridad o cuando teme al niño.

El Comité Nacional de ética, en Francia, el 11 de enero del 2007 planteó que: Una medicina preventiva que permita hacerse cargo, de manera precoz y adaptada, a los niños que manifiestan sufrimiento psíquico, no debe confundirse con una medicina predictiva que aprisione, paradójicamente, a estos niños en un destino, que, para la mayoría, no habría sido si no hubiesen sido calificados de tal modo. El peligro es en efecto hacer una profecía autocumplida, es decir hacer advenir lo que se predijo por el solo hecho de predecirlo.

He visto muchos niños diagnosticados tempranamente como TGD que pudieron cursar, con apoyo, una escolaridad normal y seguir en un secundario común. Esto no quiere decir que sea posible en todos los casos, pero si lo es en algunos, vale la pena apostar al cambio, a las transformaciones a lo largo de la vida, al crecimiento.

Si « les enfants turbulents » mettent à l'épreuve les parents, les enseignants et les soignants, ils sont les premiers à souffrir de leur situation et à manifester ainsi leurs difficultés. Cette situation d'appel, de demande de solutions au problème des enfants perturbés et perturbants ne doit pas entraîner des réponses consistant à faire taire le symptôme par le conditionnement ou les médicaments, et donc à calmer les angoisses de la société des grands en donnant des calmants aux petits.

Claramente, el tema es el sufrimiento del niño.

La complejidad en juego:

Es evidente que los niños de hoy están desatentos en la escuela, se mueven más de lo que desearían los adultos y suelen no respetar las reglas. Pero parece que nos enfrentamos aquí con un problema altamente complejo que debería generarnos dudas e interrogantes.

Si tomamos los desarrollos de E. Morin, podemos reflexionar sobre este tema pensando que estamos frente a un entramado desordenado, intrincado, en el que no conocemos todos los componentes. “Finalmente, se hizo evidente que la vida no es una sustancia, sino un fenómeno de auto-eco-organización extraordinariamente complejo que produce la autonomía. Desde entonces es evidente que los fenómenos

antropo-sociales no podrían obedecer a principios de inteligibilidad menos complejos que los requeridos para los fenómenos naturales. Nos hizo falta afrontar la complejidad antro-po-social en vez de disolverla u ocultarla”⁷ Y define la complejidad. “¿Qué es la complejidad? A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple, **Al mirar con más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo; y, efectivamente, como ya lo he indicado, nos han vuelto ciegos**”⁸

Indudablemente, sostener el pensamiento complejo se hace difícil y tendemos a ordenar, simplificar, a reducir a leyes claras y distintas lo intrincado y ambiguo de la vida, que siempre resulta inquietante. Pero esa reducción, cuando están en juego los niños, puede ser peligrosa, porque nos vuelve ciegos, como dice E. Morin, a la realidad de sus avatares.

En los últimos años se ha generalizado el uso del DSM IV⁹ en los consultorios psicológicos y pediátricos, e inclusive en el ámbito escolar es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que éste propone.

Estos múltiples “diagnósticos” psicopatológicos son principalmente agrupaciones arbitrarias de rasgos, que simplifican las determinaciones a partir de una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y que anulan la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano.

En relación a las clasificaciones, S. J. Gould afirma que: “Las clasificaciones reflejan y, a la vez, dirigen nuestro pensamiento. El modo en que ordenamos representa el modo en que pensamos. Los cambios históricos en las clasificaciones son los indicadores fosilizados de revoluciones conceptuales”.¹⁰ Y: “Como argumenta también Foucault, los temas que deja uno fuera de sus taxonomías son tan significativos como los que se incluyen”¹¹.

Si bien el Trastorno por Déficit de Atención es el más difundido, hay otras denominaciones que denotan también un modo de diagnosticar en el que se toma algún elemento como un todo que define al sujeto. Así, en lugar de decir que un niño tiene tics, se suele hablar del Trastorno de Gilles de La Tourette, en lugar de un niño que está triste se habla de Trastorno Bipolar (y ya se está discutiendo si darles o no a los niños antidepresivos...) y un niño que no habla es rápidamente catalogado como Trastorno Generalizado del Desarrollo. Es decir, todas las conductas que podrían generar preguntas llevan a nominar como respuesta.

⁷ Edgar Morin, *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa, 2003, p. 33

⁸ Edgar Morin, *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa, 2003, p. 32

⁹ American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995.

¹⁰ S. J. Gould, *Dientes de gallina y dedos de caballo*, Barcelona, Crítica, 1995, pág 77.

¹¹ S. J. Gould, *Dientes de gallina y dedos de caballo*, Barcelona, Crítica, 1995, pág 81.

Estas denominaciones son nombres-sigla que implican un sello que se entiende como una definición del otro. Posición que refleja la idea de que catalogar y definir cuadros supone un avance en la resolución del problema

Así, se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un "déficit" neurológico

Pero reducir toda conducta a causas neurológicas borra tanto a la sociedad como productora de subjetividades como a cada sujeto como tal.

Hay dos supuestos:

El niño fue así desde siempre (Esta idea supone el borramiento de la historia y de las determinaciones intersubjetivas, tanto sociales como familiares)

Será así siempre (Esta idea implica el borramiento del niño como sujeto en transformación y con un futuro abierto)

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

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

Es decir, el modo mismo en que se diagnostica implica una operación desubjetivante, en la que el niño queda anulado como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa.

En el caso de la hiperactividad, es un síntoma que molesta a los otros. Son niños que convocan la mirada del otro. Sin embargo, en lugar de leer esto como una señal de que lo vincular está en juego, de que son niños que tratan de despertar a los que los rodean, que están diciendo algo con sus movimientos o con su desatención, se supone una falla orgánica.

Es curioso que en un momento en que se sostiene la complejidad de todos los fenómenos, en que se cuestionan las certidumbres, en que se desarrolla la investigación en neurociencias planteando la plasticidad neurológica durante los primeros años de vida, se reduzca la psicopatología infantil a las categorías del DSM IV y se tienda a considerar toda manifestación como producto de un problema neurológico.

Lo que se intenta con estas clasificaciones es encuadrar el sufrimiento de un niño, ubicándolo en una categoría diagnóstica unificadora. Es llamativo que cada uno de estos cuadros psicopatológicos sea cada vez más abarcativo, por lo que mayor número de sujetos podrían entrar en la clasificación. Esto lleva a que se considere, por ejemplo, al "espectro autista" como tan amplio que muchos niños con alguna dificultad en los vínculos puedan caer ahí, de lo que se concluye que el porcentaje de niños autistas ha aumentado enormemente en los últimos años.

Lawrence Diller, pediatra norteamericano, afirma que desde los años setenta la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la

inclusión del Prozac, se banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños¹².

Es decir, el niño modifica de algún modo su conducta por la droga y eso se considera prueba del diagnóstico realizado y del tratamiento elegido. Habitualmente, ese niño no mejora su aprendizaje, pero permanece más tiempo quieto. Y esto es leído por los otros como que está atento y que, por consiguiente, la dificultad está resuelta. Si se modifica algo del entorno, es para “adecuar” las conductas de padres y maestros a las dificultades del niño, en tanto se considera que los otros no tienen incidencia en la generación de esas conductas. Además, se piensa a los adultos como aquellos que actúan de un modo exclusivamente conciente. Es decir, se desconocen las determinaciones inconcientes de todo comportamiento humano.

La medicación, entonces, es utilizada como la solución de un problema orgánico, que se considera dado desde el nacimiento y que lo acompañará de por vida. Es más, cuando una de las medicaciones utilizadas para estas dificultades fracasa, se suele utilizar otra. Es decir, queda desestimada la necesidad de reflexionar sobre toda la situación. No hay preguntas sobre el contexto ni sobre la historia.

LeFever, Arcona y Antonuccio afirman que el incremento del 700% en el uso de psicoestimulantes, ocurrido durante los años noventa justifica la preocupación con respecto a la posibilidad de sobrediagnóstico. Y agrega que la modificación de las conductas del niño a través de la medicación lleva a que la sociedad esté poco dispuesta a gastar recursos en diseñar ambientes que incentiven el desarrollo y que respondan a las necesidades de niños conductualmente demandantes¹³. Si se puede solucionar con una pastilla, la ecuación costo-beneficio, en términos económicos, parece ser mejor que tener que preguntarse por lo que ocurre y realizar modificaciones más amplias en relación a la educación.

Muy claramente, un artículo sobre ADHD y divorcio, aparecido en *Pediatrics*, en el año 2001, plantea la frecuencia de esta patología en hijos de padres con divorcios altamente conflictivos, dando un ejemplo en el que una niña queda en medio de una pelea entre sus padres, pelea que se reproduce en relación al tratamiento que se debería realizar. Uno de los especialistas convocados para hablar del caso, (L. Diller) concluye que si se lograsen aminorar las tensiones y las diferencias entre los padres seguramente habría una mejoría suficiente en el comportamiento de la niña como para obviar la necesidad de la medicación¹⁴.

Otro dato a tener en cuenta es la frecuencia de este diagnóstico en niños que han sufrido adopciones tardías, sin tener en cuenta la historia de ese niño y los sucesivos cambios a los que fue sometido.

Habitualmente, se confunde la importancia de detectar las dificultades tempranamente, para ayudar a resolverlas, con rotular al niño con diagnósticos psicopatológicos en los primeros años, recurriendo a escalas (generalmente construidas en otros países) y a cuestionarios. Estos procedimientos suelen implicar poco registro del sufrimiento infantil y de la incidencia que el mismo hecho de ubicarlo como objeto de observación tiene sobre el niño y, por consiguiente, sobre los resultados. Incidencia que se potencia cuando se les da a los padres algún diagnóstico invalidante, que suele tener un efecto traumático en ellos,

¹² Lawrence Diller, “L’enfant excité”, *Enfances Psy*, París, N° 14, 2001, p.138.

¹³ G. B. LeFever, A. P. Arcona, D. O. Antonuccio “ADHD among American Schoolchildren. Evidence of Overdiagnosis and Overuse of Medication”, en *The Scientific Review of Mental Health Practice*, Volumen 2, n°1, 2003.

¹⁴ M. T. Stein, L. Diller, R. Resnikoff, “ADHD, Divorce and Parental Disagreement About the Diagnosis and Treatment”, en *Pediatrics*, n° 107, 2001, pp. 867-872.

produciendo una distancia considerable en relación a su hijo. Es decir, los diagnósticos formulados tempranamente en términos de deficiencias de por vida (y no problemas que pueden ser transitorios) suelen operar como obstáculos al establecimiento del vínculo de los padres con ese niño, en tanto lo ubican como “extraño”, “diferente”, “enfermo”. Se pierde la idea de que es el destinatario de un proyecto identificador, en quien se pueden albergar ilusiones y proyectos. A partir del diagnóstico, ese niño no será aquel que pueda cumplir los sueños irrealizados de los padres. Dejará de ser un “sucesor”, un heredero. Para paliar el “déficit” cualquier recurso es válido y si hay algo que lo haga en forma rápida, mejor. Así, la medicación aparece como la tabla de salvación frente a la caída de las aspiraciones de los padres.

Si suponemos que las primeras vivencias dejan marcas en el aparato neuronal y que a la vez el funcionamiento cerebral tiene plasticidad durante los primeros años de la vida, sería imposible desestimar la incidencia de la historia vivencial, reconocida aún por muchos defensores del modelo biológico (“A pesar de ser genético los factores ambientales incrementan el riesgo del trastorno”¹⁵). Sin embargo, es diferente pensar que alguien tiene una patología que es desencadenada por factores ambientales, a sostener que la patología misma tiene que ver con elementos epocales, en conjunción con la historia individual y familiar de ese niño, con las conflictivas psíquicas de sus padres y con las exigencias escolares.

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 metilfenidato, la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)”¹⁶. 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.

Dos paradigmas:

Cuando los adultos están desbordados, sobreexigidos y no pueden sostener ni contener a otros, se torna más difícil la representación de la propia existencia. Esto lleva a sensaciones de vacío, tanto en relación a los sentimientos como a la capacidad de pensar. El sentimiento de estar vivo, como la capacidad de registrar sentimientos (y no funcionar en base a estallidos afectivos), así como el "aparato para pensar los pensamientos", dependen en gran medida de la capacidad empática y metabolizadora de un otro. Y cuando ésto falla, lo que aparece es el vacío, la tendencia al cero, el predominio de la pulsión de muerte en el recorrido más corto, el intento de descarga absoluta, la repetición compulsiva de lo idéntico.

Los niños intentan llenar el vacío con cosas (en una sociedad en la que el "tener" ciertos objetos ha pasado a ser fundamental y en que la competencia se ha

¹⁵ T. D. Banerjee, F. Middleton, S. V. Faraone “Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder”, en *Acta Paediatrica.*, Vol 96, n°9, 2007, pp. 1269-74.

¹⁶ R. Misès, “Préface”, en J. Ménéchal (Comp.) *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, París, Dunod, 2004, p. XI.

desplazado de las habilidades a las posesiones), o con desbordes motrices (hiperactividad, gritos).

Y si el intento es fallido y el vacío lo inunda todo, nos encontramos con niños abúlicos, apáticos, profundamente aburridos, que muestran la contracara de la imagen de la niñez como vitalidad y creación. O con niños sobreadaptados, facilitadores de la decodificación que el otro debe realizar y que enferman su cuerpo manteniendo una pseudoracionalidad, un exagerado apego a la realidad... Resumiendo, si en el momento en que el infans es sacudido desde su funcionamiento pulsional, el otro-semejante no opera como sostén-contención, ligando desde afuera el empuje devastador, el niño se sentirá en medio de un terremoto. Es decir, el encuentro se producirá con un otro desbordado, que llora o grita a la par del niño y que, por consiguiente, lo deja librado a su propio devenir expulsor, a su propia tendencia al cero.

Cuando madre y padre están inmersos en una suerte de "terremoto social" y tratan de hacer equilibrio para sostenerse a sí mismos, es difícil que puedan "contener" a otros. (Así, una frase reiteradamente escuchada en el consultorio es: "yo no doy más").

Cuando los adultos somos cuestionados y sentimos que tambalea la propia imagen, ¿qué representación de sí y de nosotros mismos le daremos?. A veces, se espera que sean los hijos los que, con sus logros y con su amor, nos devuelvan el narcisismo perdido, demanda imposible de satisfacer. Pero además, el propio tambaleo, la sensación de inseguridad, pueden ser transmitidos como características del hijo, ya sea por identificación del niño con el adulto, ya sea por proyección del adulto sobre él. Así, el niño puede verse a sí mismo como débil, impotente, por identificación con la madre o el padre, pero también puede ser ubicado por éstos de ese modo.

También las situaciones de fracaso llevan a depresiones, desconexiones. Al no alcanzar las metas propuestas, o lo que es peor, encontrarse a la deriva, con ideales contradictorios, una reacción posible es la retracción narcisista, la que se manifiesta muchas veces en un estado de apatía. Adultos que se "conectan" al televisor, porque necesitan un estímulo externo que ocupe todo el espacio, que no deje resquicios, en una suerte de estado de somnolencia. Estado en el que no pueden relacionarse con sus hijos, que son vividos como portadores de una demanda imposible de satisfacer, en tanto les exigen salir del letargo.

Sensaciones de inexistencia, trastornos graves del pensamiento, dificultades para conciliar el sueño, son modos en los que aparece la falla en la constitución del sentimiento de sí (cuyas condiciones son la ligadura de las representaciones de la pulsión, así como la empatía del contexto).

Pensamos que muchas veces quedan apresados en exigencias contradictorias: entre los mandatos sociales de triunfo y la ausencia de modelos que señalen un camino, entre el bombardeo de estímulos y la caída del valor de la palabra, entre la problemática de la muerte y la carencia de ideales sociales y de redes identificatorias que contengan.

Pensar la constitución de la subjetividad y las dificultades que supone, los problemas que van surgiendo, implica ubicar una encrucijada de determinaciones. No es una tarea simple. Es tal la complejidad, tantos los entrecruzamientos, los avatares posibles, que se convierte, necesariamente, en una tarea colectiva.

Otro punto a tomar es el del tipo de información que reciben los niños de hoy:

El salto a la era digital o, como dice Franco Berardi, la generación celular-cognitiva (él habla de dos generaciones post-alfa: la generación video-electrónica y la generación celular-cognitiva)

Y dice que el ADD es el intento de adaptación del organismo sensible y consciente de un niño a un ambiente en el cual el contacto afectivo es fuertemente sustituido por flujos de información veloces y agresivos.

Cuando los niños pueden contactarse entre ellos, se pegan. Están dificultadas las posibilidades de socialización, porque el contacto humano ha sido sustituido por otro tipo de información.

Esto no solo provoca niños “ADD” sino que es fundamental para pensar las dificultades en la adquisición del lenguaje con las que nos encontramos cotidianamente. Niños que dicen: Laisy Town, pero no pronuncian mamá o papá. Niños que quedan atrapados por las imágenes televisivas, casi hipnotizados frente a la pantalla y no pueden escuchar un cuento.

Y es que tanto a nivel individual como social hay golpes que dejan marcas y que horadan terrenos y que quiebran la trama que sostiene la vida.

Violencia familiar, pero también violencia social.

Violencia en la urgencia para que los niños crezcan, para que sean futuros productores.

Violencia en la ausencia de salida laboral para los adolescentes, en la desocupación que los acecha, en la tendencia a suponerlos culpables, en la represión policial que se ensaña con ellos.

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

La violencia, entonces, como deshumanización, como descualificación, como no-reconocimiento.

Y un niño va construyendo la posibilidad de acatar normas, de responder a lo que los otros le piden, desde momentos muy tempranos de la vida, identificado con otros que respetan su autonomía, se respetan y consideran al otro como semejante con iguales derechos.

De diagnósticos y tratamientos. Una mirada psicoanalítica:

Lic. Beatriz Janin

Los niños de hoy:

Solemos pensar la infancia desde la idea que hemos construido, a lo largo de la propia vida, sobre lo que es un niño. Representación forjada en base a la conjunción de lo que

nos han transmitido, de las propias vivencias, y lo que la sociedad en que vivimos propone como modelo de niño. Pero esta representación de lo que se supone que debe ser un niño, de los “niños ideales” choca contra los niños reales, “de verdad” con los que nos encontramos cotidianamente. Y esto trae dificultades.

Un niño, en principio, es un sujeto en constitución que es parte de un mundo familiar, escolar, social...Y hay diferentes culturas y diferentes espacios para el niño en cada cultura.

Hoy nos encontramos con algunas cuestiones que son relevantes: - hay una exigencia desmedida en relación a qué debería hacer todo sujeto en los primeros años de su vida. Así, se supone que tiene que poder incluirse en una institución a los dos años, debe aprender a leer y a escribir antes del ingreso a primer grado, tiene que soportar ocho horas de escolaridad a los seis años (a veces antes) y debe estar gran parte de esas horas quieto, atento, y respetando normas.

Y no hay tiempo de juego. Suele haber espacios reglados para el juego, en momentos y espacios delimitados, pero no para jugar, libremente, solo o con quien se quiera jugar, sin adultos que reglen esa actividad.

Frente a esto son muchas las situaciones en las que los niños rompen lo esperable, ese ideal de niño...

Por otro lado, me parece que en la época actual, que no es seguramente peor que otras pero que tiene características específicas, **solemos lanzar a los niños a una excitación excesiva sin sostén y sin posibilidades de metabolizar a través del juego lo que les pasa.**

Esto determina, a mi entender, cierto tipo de funcionamientos que aparecen como patológicos y que no pueden pensarse sin tener en cuenta las condiciones familiares y sociales que los producen. Así, ¿cómo entender que un niño repita las palabras de la televisión mucho antes que las de sus padres? ¿O que sean tantos los niños sobreexcitados, que hablan de sexo en términos pornográficos, aludiendo a imágenes vistas en Internet? ¿Cómo pensarlo sin tener en cuenta el exceso de “pantallas” en reemplazo a vínculos con otros?

Esto en un mundo en el que los adultos también nos sentimos muy presionados, exigidos en exceso. Así, padres y docentes suelen suponerse fracasados si los hijos o los alumnos no cumplen con aquello que la sociedad demanda.

Hay una especie de enjuiciamiento mutuo, en el que tanto padres como maestros se suponen juzgados por el rendimiento del niño en la escuela. Se podría decir que el

narcisismo de los padres y los maestros se sostiene, entre otras cosas, en el éxito de los hijos o alumnos, a la vez que estos constituyen su imagen de sí en el vínculo con esos adultos. Intercambio que lleva a que el fracaso escolar de un niño sea vivido como un terremoto que no deja nada en pie, en tanto es un golpe también para padres y maestros.

Lo que prima es la idea de exclusión social y de un futuro incierto.

Frente a esto, suele aparecer la necesidad de resolver todo rápidamente, sin dar lugar a la duda. Ese niño tiene que acomodarse, ya, a lo que se espera de él y, de ese modo, que todos recuperemos la tranquilidad perdida.

La niñez es un momento de la vida en la que un sujeto se va constituyendo como tal. Es una época de transformación y cambio, de apertura de caminos y también de armado de repeticiones. Las identificaciones, los deseos, las normas y prohibiciones internas y los modelos se van constituyendo en esta etapa. Pero esa estructuración se da en relación a otros, que son los que libidinizan, otorgan modelos identificatorios, transmiten normas e ideales. Y son los que le devuelven al niño, como un espejo, una imagen de sí. Esta imagen constituye un soporte fundamental frente a los avatares de la vida. La posibilidad de quererse a uno mismo, de valorarse, tiene como fuente esa representación de nosotros mismos que nos fue legada durante los primeros años.

Esto hace entonces mucho más necesario plantearse la responsabilidad que tenemos todos los que trabajamos con niños. Responsabilidad que se acrecienta cuando somos los que diagnosticamos....porque **¿cómo constituir el narcisismo si nos han puesto un sello invalidante?, ¿cómo sentirse valioso si de entrada se es rotulado, clasificado y ubicado como portador de un síndrome? ¿Cómo investir libidinalmente el mundo y a sí mismo desde ese lugar de “menos”? ¿Cómo podrán los padres mirar a ese niño si lo que les devuelven es que es un “Déficit de...” o un “Trastorno generalizado” o algún otro “trastorno”? En lugar de la esperanza, en lugar de ser alguien que va desplegando potencialidades, se es deficitario de entrada.**

Y esto no supone no reconocer que hay niños que presentan, tempranamente, problemas, algunas veces severos. El tema es que es muy diferente plantear que un niño tiene tales posibilidades y que, además, tiene tales conflictos, que pueden ir superándose, a sostener que fue y será siempre así.

Un niño de diez años es traído a tratamiento con el diagnóstico de ADHD. Los padres lo describen como insoportable tanto en la escuela como en la casa. En el transcurso de la entrevista, me cuentan que fue adoptado a los cinco años, que hasta los dos vivió con su mamá y que a partir de allí estuvo en una institución. Pero que no se muestra agradecido sino desafiante, enojado con el mundo. ¿Es por un problema neurológico que un niño que ha sido separado de sus padres biológicos por maltrato, que pasó varios años institucionalizado, esté peleado con el mundo? ¿O habrá que ayudarlo a elaborar todo lo vivido impensable, esas marcas, vacíos, silencios, las huellas del dolor que una historia difícil de procesar dejó en él? Y tener en cuenta que ser agradecido no es un don con el que se nace sino el resultado de todo un recorrido.

Quiero insistir en que es fundamental que se consulte tempranamente cuando un niño presenta dificultades, porque el trabajo en los primeros años de la vida puede impedir años de sufrimiento. Pero también aquel que es consultado por un niño pequeño deberá tener en cuenta que los niños cambian, crecen, que un niño es un sujeto en constitución, marcado por el contexto. Y que posibilitar modificaciones en el niño y en el entorno puede abrir caminos novedosos. Así, he visto niños que no hablaban a los cuatro años y que no podían aprender a leer y a escribir a los seis, que a los catorce años (con años de tratamiento psicológico) tienen una vida social e intelectual semejante a la de cualquier niño (con algún año de retraso escolar en relación a la media o con algunas dificultades puntuales, que también podrán ir variando).

Por eso, **una cuestión preocupante es la fijeza de los diagnósticos, que arrasan con la idea de movimiento y transformación.**

Cuando se supone que alguien “es” ese diagnóstico, lo dejamos sin posibilidad de cambio y todo el trabajo que hagamos con él va a estar signado por esa idea de no-modificación, de destino ineludible. Es diferente tratar a un niño suponiendo que se trabaja con un sujeto, con alguien que puede desplegar posibilidades o que puede construirlas, a suponer que hay que adiestrarlo porque es alguien que nunca va a poder poner en juego sus deseos y pensamientos.

Además, esa construcción se dará en un contexto. René Kaës nos dice: “El grupo que nos precede, en particular algunos de sus miembros que son para el *infans* sus representantes, este grupo nos sostiene y nos mantiene en una matriz de investiduras y de cuidados, predispone signos de reconocimiento y de convocación, asigna lugares, presenta objetos, ofrece medios de protección y de ataque, traza vías de cumplimiento, señala límites, enuncia prohibiciones”.(Kaës, 1996, pág 17). Es decir, nadie se

constituye como sujeto de un modo aislado, sino en el intercambio con otros que lo libidinizan, le transmiten normas e ideales, le dan modelos de identificación. Y si esos otros suponen que aquel que tendría que cumplir sus sueños es portador de un déficit, ese golpe narcisista marcará el vínculo, el modo en que ese niño será mirado, las palabras y silencios que le serán dirigidos. Se pensará ya tempranamente en él como un discapacitado, mucho antes de darle tiempo a desplegar posibilidades.

Esto es particularmente difícil en una sociedad que tiende a mostrar el futuro como temible. En tanto los adultos estamos angustiados y temerosos en relación al futuro (y esto con la actual crisis mundial se acrecienta), les transmitimos a los niños las propias sensaciones de desvalimiento e incertidumbre.

Así, se les dice a los niños que cuando sean grandes van a sufrir y se los amenaza con el crecimiento. En lugar del antiguo: “vas a poder cuando seas grande”... se ha pasado a: “ya vas a ver cuando seas grande”, en tono amenazante. (Es bastante habitual que los niños digan: “no quiero crecer”, “quiero seguir siendo bebé”, a diferencia de que prevalezca en ellos el deseo de ser grande, tal como lo afirmaba Freud).

Cuando a un niño se le da un diagnóstico en los primeros años de su vida, diagnóstico que se supone inmodificable, esto suma, al temor generalizado al futuro, la certeza que ese niño, por esa patología, no va a poder afrontar los riesgos y las exigencias de ese futuro tan difícil. Y esto termina siendo premonitorio. Como una profecía autocumplida, un niño al que se le vaticinó el fracaso, es muy posible que fracase.

En lugar de caminos abiertos, se marcan pocas salidas como posibles, desde el vamos. Y así, hay quienes dicen que un niño con ADHD que no fue medicado corre el riesgo de ser un delincuente o un drogadicto (desconociendo las determinaciones sociales de la delincuencia y la drogadicción), promoviendo estos desenlaces.

Sin embargo, devolver la idea de crecimiento como potencia, como esperanza, puede facilitar que el niño se lance a la aventura del aprendizaje, a los laberintos de los vínculos con los otros, que pueda construir y construirse y que sostenga deseos.

Los diagnósticos. Sobre certezas y preguntas:

Suele ocurrir que, cuando leemos la descripción de cualquier patología, en alguna conducta, en algún rasgo nos identificamos y podemos, rápidamente, pasar a suponer

que “tenemos” tal o cual “cuadro”. La dificultad radica en que, inevitablemente, pasamos de la descripción sintomática, de aquello que aparece, que es solamente lo observable, a una definición totalizadora. Es en este sentido que una proposición descriptiva pasa a ser explicativa.

Así, cualquiera que se busque en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se encontrará, en tanto termina enumerando casi todas las dificultades humanas. Es decir, termina siendo un catálogo de conductas.

Pero esto, que puede llevar a errores importantes cuando se hace con adultos, es mucho más grave cuando quien está en juego es un niño (y en este caso son otros los que lo hacen y lo rotulan). Porque el rótulo se torna vaticinio y el futuro pasa a ser temible. Se quiebra la esperanza.

En un libro escrito por madres de niños que han sido diagnosticados como portadores del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (libro “casualmente” patrocinado por el laboratorio Lilly), una madre relata que el neurólogo, al darle el diagnóstico, le dice que si no se trata bien, el niño puede “inclinarse al lado oscuro”. Frente a la pregunta de la madre de si eso implicaría que podría terminar en prisión, la respuesta fue que sí. El testimonio de esta madre (aclaro que todo el libro es un agradecimiento a los médicos que diagnosticaron el trastorno y que dijeron qué hacer con estos niños tan “difíciles”) continúa: “Este temor aún hoy después de cinco años me acompaña en más ocasiones de las que quisiera, por mí y sobre todo por mi hijo, pues soy consciente de que me bloquea y me genera una tensión continua, por intentar mirar “con lupa” cada paso que damos”. ¿Qué efecto puede producir en un niño que la madre esté permanentemente mirándolo, suponiendo que todo lo que ella y el padre del niño hacen debe ser “calculado”, porque el riesgo es que el niño termine en prisión? ¿Cómo marca esto los vínculos en esa familia?

¿Por qué se insistirá en catalogar a los niños, en ubicarlos como deficitarios, ubicándose los profesionales desde un “ya-sabido”, desde certezas que los llevan a clasificar al otro casi sin conocerlo, perdiendo la singularidad?

Quizás porque pensar desde la complejidad y ubicar al otro como humano es difícil, en tanto angustiante, en tanto me puedo reconocer en el otro como semejante y en sus miedos y en sus dolores como cercanos. Y entonces se pueden borrar los límites entre un mundo de “sanos” y otro de “enfermos”. Y todo se torna variable. Y las fronteras no son tan claras. Y quedamos, también los profesionales, expuestos.

Los niños nos exponen particularmente, porque nos recuerdan nuestros miedos infantiles, los dolores a los que no pudimos ponerles palabras, nuestros terrores, las pesadillas que ocupaban las noches y también las dificultades para movernos en el mundo tal como los adultos exigían.

“¿Por qué tan lejos de los dioses? Quizás por preguntarlo ¿Y qué? El hombre es el animal que pregunta.” (J. Cortázar – Rayuela) Y me parece que de eso se trata: de ubicar al niño como humano. Y también a los padres y a los maestros. Por ende, sin preguntar, sin escucharlos, va a ser difícil que nos corramos de las exigencias de que todo niño cumpla con el ideal de niño, que los padres cumplan con el ideal de padres (dado también por la época) y que todo maestro sea el maestro ideal (también desde un ideal marcado por la época).

Conclusiones:

Hay un tipo de violencia en la patologización de la infancia, en el no reconocimiento de sus tiempos, en la urgencia de que resuelva todos los conflictos en el menor tiempo posible, en los diagnósticos “de por vida”, en el reemplazo de la palabra por la pastilla.

Es una violencia en dos pasos:

- 1) El niño queda desbordado por los malestares de los adultos**
 - 2) Este malestar produce en él efectos de difícil tramitación. Y no se escucha su sufrimiento sino que se lo “diagnostica” y sanciona por los trastornos que muestra**
- Nuestra tarea es devolverle al niño el carácter de tal, es decir, de un sujeto en crecimiento, enmarcado en un tiempo de transformaciones, con historia y futuro.**

Posibilitar el futuro, construir subjetividades, es la tarea que tenemos todos los que trabajamos con niños.

Cuando esto no se cumple, cuando se los robotiza, se los estigmatiza, se les niega un futuro abierto e impredecible y se encuentra patología allí donde un niño quiere decir algo, se está ejerciendo violencia.

En otro caso una mamá relata que cuando consultó por el hijo intentó empezar a contar la historia de ese nene y le dijeron: “señora, la historia en esto no tiene nada que ver”; es decir, él nació así, con lo cual se des-responsabiliza a los padres, que pueden quedarse mas tranquilos, pero en realidad se des-responsabiliza a todo el contexto, a la escuela, a la sociedad en su conjunto; el chico nació con falta o exceso de dopamina, o

algún problema de los neurotransmisores, etc., por lo tanto el chico queda como si fuese un ser extraño. El mayor problema es que se coarta el futuro, porque se da un diagnóstico que es de por vida, porque hay un problema orgánico en juego; entonces se supone que tienen que medicarlo de por vida.

Lo que se le está transmitiendo a ese chico son varias cosas. En primer lugar, la medicación casi como aprendizaje de adicción, porque “con una pastilla resuelvo todo”. Pero no solo eso, sino la idea de que es con algo externo que un funcionamiento propio se va a modificar. Hace poco me consultaron por un tema puntual de un nene de 11 años, con el que tuve unos pocos encuentros, que venía medicado desde los 6 años como ADD. El chico tenía problemas de aprendizaje, los padres vinieron a la consulta con un montón de informes de maestros, de médicos, etc. Cuando los leo, lo que veo es que en tercer grado el neurólogo decidió sacarle la medicación. Hasta ese momento los informes de la escuela decían que el chico era muy callado y tenía dificultades para aprender; cuando le sacan la medicación, sigue teniendo dificultades para aprender, pero lo que aparece es “se distrae porque habla mucho con sus compañeros”. Los padres van con ese último informe al neurólogo y él vuelve a darle la medicación, y vuelve a aparecer el “muy callado” en cada informe de la escuela. Cuando vuelven los padres les entrego todos los informes y les digo “Léanlos ustedes; ustedes lo están medicando para que se calle”. Por supuesto que no les dije que le sacaran la medicación pero les dije esto. Al mes y medio el chico vino muy sonriente junto a los padres y me dice: “Yo dejé de tomar la medicación”. Me preocupé, porque tampoco es cosa de que cada uno haga lo que quiera, le pregunté cómo fue y me dijo: “Al día siguiente de que estuve acá se me cayó al suelo la pastilla y entonces pensé ¿Qué pasa si no la tomo? Y decidí probar. Y después ya no la tomé más”. Entonces me voy a hablar a solas con él y le pregunto qué le pasa con todo esto y dice: “Sabes, me pasaba así. Yo atendía pero no entendía. Ahora atiendo y cuando no entiendo pregunto, hago como vos me dijiste”. Yo suponía que él tenía dificultades de comprensión, no una desatención sino que en realidad no terminaba de entender y además no podía preguntar. Obviamente que yo no le dije que tenía que preguntar, pero esto tiene relación con preguntas que remiten a otras preguntas que él no puede hacer y que hablan de otro tipo de dificultades. Con esto no está ni por casualidad resuelta la problemática, no es que esto sea mágico ni nada por el estilo, pero se re-sitúa la cuestión, el chico pasó a ser sujeto de aprendizaje y no la pastilla la que tenía que atender por él. Yo creo que a este chico le cambió el estado de ánimo porque empezó a sentir que había algo que podía ser modificado, ubicándose como alguien que tiene un problema a resolver, que es distinto a suponerlo como alguien que nunca va a poder... Esto que puede parecer muy obvio no lo es tanto en la clínica actual.

Cuando los diagnósticos se transforman en enunciados identificatorios un chico dice “soy ADD”, una mamá dice “tengo un ODD, tengo un ADD, tengo un TGD”. Se pierde el nombre propio, se pierde la singularidad y la complejidad del sujeto.

Cuando uno diagnostica en modo de DSM IV se invierte el orden de determinaciones; porque se dice “se mueve mucho porque es hiperactivo”, no se interroga “¿por qué se mueve mucho?”, se borran las preguntas. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Si cuando uno recibe un paciente lo que hace es llenar una ficha tipo protocolo y entonces dice: “ya está, lo diagnostiqué”, entonces todo lo que le pasa es por eso. Es casi como si Freud hubiera dicho: “Juanito le tiene miedo al caballo porque es fóbico” y ya está, sin interrogar y desarmar las determinaciones de la fobia. Si un chico es hiperactivo habrá que preguntarse cuáles son las determinaciones posibles de esa hiperactividad; es el punto de llegada, no la causa de todo. Considerarla

el punto de inicio es un modo de borramiento de la subjetividad que implica, casi les diría, un lectura de la psicopatología del siglo XVIII o XIX, se está volviendo a una psiquiatría previa a Freud, a volver a pensar todo en términos de funcionamiento cerebral. Definir todo desde lo neurológico borra tanto a la sociedad como productora de subjetividades como a cada sujeto como tal. Estos múltiples “diagnósticos” psicopatológicos son principalmente agrupaciones arbitrarias de rasgos, que simplifican las determinaciones a partir de una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y que anulan la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano. Como les decía, este nene estaba mucho mas contento porque descubrió que podía hacer algo él, que no era solo cuestión de la pastilla.

Silvia Bleichmar:

“De ahí también la necesidad de separar los fenómenos nuevos de aquellos que se presentan bajo una nueva carátula, ya que la ligereza en la clasificación propicia la improvisación y el maltrato; sabemos que muchos de los tratamientos “actuales” contra la bulimia y la anorexia pueden ser considerados como el equivalente de las antiguas inyecciones de parafina en la planta de los pies de las histéricas, y del retorcimiento de pezones cuando se desmayaban. La crueldad de que se hace ejercicio con las bulímico-histéricas es el remanente de un siglo de crueldad en ese catálogo del absurdo que constituye el DSM IV.

Pero tenemos la obligación ética, ya que no podemos transformar desde nuestras prácticas específicas las consecuencias de la historia social que nos toca vivir, si bien podemos paliar en ciertos casos sus efectos, de saber lo más probable para evitar ser nosotros desmantelados psíquicamente y cómplices de postraumatismos que sufren los

niños de cuya salud, en un sentido global, nos sentimos responsables.”

A la vez, la fantaseada omnipotencia infantil despierta la fascinación de los adultos, que han idealizado retrospectivamente la infancia y que necesitan recuperar una imagen todopoderosa de sí mismos a través del hijo, sin poder ayudarlo en el pasaje de la fantaseada omnipotencia a la potencia. Son frecuentes las consultas por niños que no quieren crecer ni aprender y se refugian en la identificación con un personaje omnipotente, desmintiendo toda ignorancia ("yo ya lo sé"), mientras los adultos plantean el futuro como temible. A la vez, se coarta el crecimiento, el desarrollo autónomo del niño para no ser cuestionado por él, porque el crecimiento, tal como dice Winnicott, se vive siempre, en la fantasía, como un acto intrínsecamente agresivo. Si el niño existe "por derecho propio", si se le reconoce la autonomía (y no se confunde esto con omnipotencia), podrá reconocer a los adultos como guías, posibilitadores y protectores.

Quizás habría que repensar la educación en términos no tanto de información como de procesamiento crítico de la información. Lo más importante en una época en que las noticias duran 24hs, es que el niño pueda sustraerse a ciertas noticias, que pueda elaborar otras y que pueda criticar todas, que mantenga su capacidad de pensamiento frente al torbellino de cuestiones que lo inundan (tanto por los desbordes informáticos y televisivos, como por los desbordes de los padres).

“En la época celular-cognitiva la mente infantil se forma en un ambiente mediático totalmente diferente respecto del de la humanidad moderna, y experimenta el tiempo según una modalidad fragmentaria y recombinante. No flujos de tiempo continuo, sino paquetes de tiempo-atención. Conexiones puntuales, ámbitos operativos separados. “ (Bifo)

Novela El Dorado: ser humano...

El niño puede ser ubicado por los adultos como un inferior a ser dominado o como un igual al que no se le toleran las diferencias. Darle un lugar de semejante diferente, reconocerlo como tal, es básico para que pueda constituir un funcionamiento deseante, una imagen valiosa de sí y un bagaje de normas e ideales que lo sostendrán en los momentos de crisis.

Es decir, el contexto debe conformar un ambiente que, sin ser "perfecto", sea confiable y suficientemente estable, como para permitir la constitución de un espacio psíquico, de un yo-piel y de una represión secundaria que interiorice las prohibiciones ya reprimidas por la psique parental.

Pero si se mata la idea de futuro y esperanza se está produciendo violencia. Y las consecuencias pueden ser la apatía, la ruptura de lazos sociales, las actuaciones, las adicciones y la delincuencia.

Castoriadis: “Nadie puede decir cuáles serán los valores de una nueva sociedad, o crearlos en su lugar. Pero debemos... decir fuertemente lo que queremos; salir de los circuitos de fabricación y difusión de los tranquilizantes, mientras esperamos poder acabar con ellos”. (texto con cortes, pág 32 – Ventana al caos)

Contrasentido: muchas veces se habla de recobrar la autoridad y que ese es el problema. Creo que es un error: lo que hay que recobrar es la diferencia niño-adulto. Lo que hay que recobrar es la vigencia de valores que nos incluyan a todos y que no supongan que se gana o se muere. Lo que hay que recobrar es una idea de justicia que implique que no haya impunidad. Otorgarle sentido a la vida, un sentido que no pase por la acumulación de dinero, o de

poder, o de éxito. Y ayudar a los niños a procesar tanta información, tanto estímulo.

Quizás lo fundamental sea sostener la esperanza. Porque si un niño siente que se confía en él, que se lo escucha, que hay una posibilidad de revertir lo que le pasa, que otros lo miran como alguien que crece... seguramente va a poder ir construyendo una representación de sí que le permita desplegar sus posibilidades y sostenerse en los momentos difíciles.

Y si siente que los que lo rodean tejen lazos con otros y apuestan al mañana y arman proyectos, ese niño podrá verse a sí mismo como niño, construyendo deseos e ideales y aspirando a desplegar sus sueños en un futuro.