

Recibido: Febrero 10 de 2010.

Aceptado: Marzo 7 de 2010.

A punto de estallar. Problemáticas clínicas actuales de la niñez



Marité Cena¹

ABSTRACT

About to burst: Present clinical problems of childhood. This paper considers children in the present day, or children living in our present culture: the processes of subjectivation take place within an environment where rapidity and efficiency seem to dominate even the therapeutic space offered to children. The author suggests that when children have been prescribed excessive (psychiatric) medication, or when they are on therapies exclusively based on forcing them to adjust to the codes expected by their families, or by society, the true understanding of the pathologies of childhood is hindered. The clinical case of Victor illustrates these reflections and establishes a connection with one another.

RESUMEN

Se trata de la consideración del niño actual o atravesado por la cultura actual. De los procesos de subjetivación en un medio en el cual la rapidez y la eficiencia parecen dominar también el espacio terapéutico que se le ofrece. La sobremedicación y las terapias exclusivamente basadas en una adaptación a los códigos que la familia y la sociedad esperan, impiden una verdadera comprensión de la patología de la niñez. Un caso clínico ("Victor") ilustra y hace de hilo conductor de estas reflexiones.

¹ Marité Cena es médica psicoanalista y especialista en niños y adolescentes. Es docente en la Escuela Argentina de Psicoterapia y codirectora de los posgrados que esa casa de estudios tiene en convenio con la Universidad de La Matanza; profesora invitada del postgrado de niños y adolescentes, UBA –dirigido por Ricardo Rodulfo–; profesora invitada en la carrera de especialización en psicoanálisis con niños de la UCES –dirigida por Beatriz Janin– y cofundadora de Referencia Buenos Aires.

DESCRIPTORES: PSICOANÁLISIS DE NIÑOS - SUBJETIVACIÓN - DIAGNÓSTICO - DÉFICIT ATENCIONAL - PSICOFÁRMACOS - CASO CLÍNICO - TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO - PADRES - TRASTORNOS - MODELO CONDUCTUAL - SÍNTOMAS EN LA INFANCIA.

A punto de estallar.

Problemáticas clínicas actuales de la niñez.

El presente trabajo podría denominarse “crónica de un análisis que no fue”. En un primer sentido, obvio, por el contenido del material en torno al cual desarrollaré mi reflexión. Es decir, por el destino de esa consulta, que hoy nos ayuda a pensar algunas problemáticas clínicas de la niñez en el marco de la cultura contemporánea, y que no permitió a un chico de once años acceder a un espacio donde su palabra tuviera algún valor. En un segundo sentido, intentando conjurar, mediante la confirmación reflexiva de algunas convicciones hoy amenazadas, el riesgo de que muchos otros análisis “no sean”, si prevalecen algunas tendencias muy sintónicas con el modelo de sociedad que actualmente se presenta como hegemónico.

Me voy a referir, entonces, a lo que considero el niño actual, ese niño atravesado por la cultura actual. Y a determinados enfoques clínicos que no dan lugar a la consideración de los padecimientos reales y concretos de los niños reales y concretos, en pos de una pretendida eficiencia que, desde un cálculo de costos y beneficios y apuntado a una homogeneización rápida, indolora y sobre todo, en línea con la sociedad de la competencia y el éxito, termina arrasando con las posibilidades de subjetivación tanto de quienes pierden ese tren como de aquellos que sí lo pueden abordar con un costo altísimo.

Cultura actual y procesos de subjetivación

¿Cómo son pensados en este momento los procesos de subjetivación en los niños? Este es un tema complejo, que no se puede abarcar de una vez. Por el momento, me voy a referir a algunos aspectos que se imponen desde la cultura y que nos pueden ir ayudando a visualizar un panorama más amplio. El primero es el tema de la *velocidad*.

Hace poco tiempo, en una sesión con un niño muy inteligente y competitivo, tuve la idea de usar el juego del *Bucanero*. Es un juego en que hay que armar palabras muy rápidamente a partir de un montón de letras. Como es de esperar, el niño me iba ganando. En un momento dado, él me dice: “No te

preocupes, no le voy a decir a mi mamá que perdés siempre, porque si no me va a mandar a otra psicóloga”. ¡Además de protegerme como terapeuta estaba dando un indicio del clima de exigencia que impregnaba ese vínculo!

La rapidez, la eficacia, el éxito, la exacerbación de la competencia dan por resultado una infancia con una sobrecarga que tiene algunos signos o indicios de riesgo. Es sabido que la escuela no puede competir con la computadora y la velocidad de los jueguitos (habría que pensar si *debe* hacerlo), pero en medio del cortocircuito entre ambas “velocidades” termina decantándose una supuesta “solución” que es preciso discutir: el proyecto de medicar para controlar la dispersión. Me estoy refiriendo a la famosa sigla diagnóstica ADD, es decir, “Trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad”. Es impresionante la cantidad de niños que en casi todas las escuelas de Buenos Aires están siendo clasificados muy rápidamente como ADD, sin realizar el diagnóstico adecuado. Y a partir de ese mal fundamentado diagnóstico, se los empieza a medicar.

La medicalización (junto con su correlato, las terapias cognitivo conductuales) es una terapéutica que se está imponiendo en nuestro medio de manera masiva, así como las nuevas categorías psicopatológicas que van acompañando a dicha “dirección de la cura”. Por supuesto, hay que diferenciar el uso de los fármacos en aquellos casos en que está específicamente indicado –previo diagnóstico diferencial– de su empleo como recurso rápido y masivo, especialmente en relación con las problemáticas escolares. El recurso abusivo a los psicofármacos por parte de los padres es un indicio de cierta incapacidad de éstos para abordar y soportar la ansiedad, la angustia y el dolor. Así se produce y facilita, desde el seno de la familia y avalada por terapias alternativas al psicoanálisis, una tendencia a la sobremedicación en la infancia que considero un antecedente facilitador de las adicciones en la adolescencia.

Beatriz Janin (2004), especialista en este tema, se pregunta: ¿qué molesta en estos niños, y por qué hay que medicar para evitar esta molestia? Este interrogante despertó en mí una cuestión planteada por Winnicott (2009 [1969]): el niño sano molesta, debe molestar al adulto; el niño que no molesta, así como el que no juega, tiene que hacernos sospechar de algún retraimiento y gravedad.

¿Es que el modelo social mediático es cada vez más el de un niño o niña superactivo, ganador, en lucha permanente por el poder? En muchos de los juegos que el mercado les ofrece, se trata de aumentar su poder imaginario por transformaciones positivas donde metafóricamente les va la vida –los créditos consisten en “perder una vida”, “ganar una vida”...–. La meta es lograr el

poder por el poder mismo, sin un poder paterno que lo limite. Desde este modelo, muy en la línea de la dinámica de la sociedad entendida como mercado, se propone lo que yo llamaría una *concepción imperialista del yo*: se trata de lograr cada vez más espacios de consumo y de posesiones sin límites.

Esto nos lleva a una conclusión: estoy segura de que necesitamos tener una visión macro de la conflictiva actual tanto de los niños como de los padres. La cultura actual, con su impronta de rapidez y eficacia, obliga al psiquismo a un trabajo permanente y a los terapeutas a una tarea diferente, en la cual debemos reinscribir nuestros conocimientos dentro de una cultura que se impone y va creando nuevas subjetividades.

A partir de estas características culturales o psicosociales, en la clínica actual con niños se presentan dos tipos de pacientes:

- Los que responden a este modelo, que son los exitosos y exigidos. Aquí la consulta se centra en la producción de síntomas por inquietud, impulsividad, violencia, hipercompetitividad, desafío, dificultad en aceptar los códigos de la escolaridad. Muchas veces aparecen también insomnio, ansiedad, miedos nocturnos.

- El segundo tipo de pacientes está conformado por lo que yo llamo las víctimas de este modelo. Son niños con otra sensibilidad, que no responden al perfil del ganador. He visto últimamente muchas consultas por timidez, fobias escolares, falta de iniciativa, desgano, no participación. Son los perdedores, los excluidos del modelo cultural. Por supuesto, no me estoy refiriendo a los niños excluidos del sistema social, los niños de la calle (que nos plantean otros desafíos y con ello otra clínica, que no voy a abordar en este trabajo), sino a los niños que si bien integrados al sistema social, son de hecho excluidos por el modelo que la cultura impone para el niño actual.

En general, tanto del primero como del segundo grupo puede decirse que son pacientes que generan grandes dificultades en el diagnóstico.

Por ejemplo, una consulta por un niño de cuatro años. Los padres dicen que lo ven atrasado, que no cumple con las expectativas, lo comparan con hijos de amigos que son más “avispados”. El pediatra no encuentra retraso madurativo: el niño está en el límite inferior del perfil correspondiente a su edad, pero no por debajo de ese percentil. Consultada la escuela, ésta informa que no tiene problemas, lo ven un poco tímido pero reaccionando bien cuando se lo estimula. En su opinión sólo necesita “darle tiempo, esperarlo”.

En la entrevista familiar me encuentro con padres exitosos, diría que brillantes en su profesión, modernos. El niño hace una figura humana y le pide a la madre que lo ayude porque no le sale la panza. La madre le dice:

“Pensá y te va a salir”. El padre desarrolla una gran habilidad para hacer construcciones con los ladrillos de encaje y logra en tiempo record una especie de nave espacial. El niño, que intentaba hacer algo, lo mira extasiado y deja su pequeña producción. Por supuesto, el problema parece fácil de resolver con entrevistas de orientación a los padres, pero subsiste la pregunta: ¿habrá un retraso madurativo?, ¿será un problema de inhibición?, ¿cuánto incide esta mirada de los padres en el “atraso”?

El niño “inmaduro”, “disperso”, “desorientado”, entonces, seguramente podría ser incluido en la famosa categoría “ADD” e ir rápidamente a la medicación. Cuando ésta se extiende por años, el médico, que recomendó la famosa pastilla de Ritalina (anfetamina) o algún equivalente, muchas veces pierde contacto con los padres y ellos siguen con la Ritalina sin saber que tiene consecuencias graves cuando se administra por tiempo indeterminado (temblor permanente en las manos, crisis de excitación psicomotriz, etc.).

La entidad ADD llegó a nuestro país en esta época de velocidad y consumo de objetos, imágenes, actividades, velocidades y tiempos cibernéticos. Pero lo difícil de detectar es lo que se oculta en ese diagnóstico, lo que no se tiene en cuenta ni se investiga cuando se cataloga al niño de esta manera. Me refiero a lo que puede haber detrás de un niño excitado o distraído: quizás historias de abuso, de violencia, de abandonos. No podemos olvidar que los síntomas escolares son uno de los modos que tiene el niño para expresar distintos grados de sufrimiento. Si los silenciamos, además de ejercer violencia, perdemos, seguramente, la única oportunidad que tiene ese niño de ser escuchado.

Junto con el ADD, llegaron al país para quedarse otras “nuevas entidades psicopatológicas”: el TOC (trastorno obsesivo compulsivo), que es considerado una discapacidad; el TOD (trastorno oposicionista desafiante); el ST (síndrome de Gilles de la Tourette: tics, violencia, coprolalias), entre otras.

Y el “autismo”. Hoy nos invade la moda de “conductas autistas”, “rasgos autistas”, “núcleo autista”, “autistas sociales” o, como veremos en el caso que presento más abajo, “autismo de Asperger”: niños a los que se considera con un núcleo autista pero que, al mismo tiempo que poseen una incapacidad total para comunicarse con otros, son muy inteligentes.

Así como en la época kleiniana se diagnosticaba con mucha ligereza una “psicosis infantil”, ahora se parte *a priori* de un “autismo” que luego hay que descartar. Ambos son criterios fundamentalistas. Afortunadamente, tanto la psicosis infantil como el autismo son entidades que representan un porcentaje mínimo de la patología general de la infancia.

Pero vamos al caso clínico.

El caso clínico: Víctor

Para esta presentación llamaremos Víctor, al niño que nos ocupa. Tiene once años, pasó a sexto grado y tiene buen rendimiento escolar. Pero debido a algunos problemas, en un instituto se le hizo el diagnóstico de *autismo de Asperger* y se le recomendó una terapia de grupo a fin de que él pudiera aprender los códigos de los chicos “normales”. Un tío suyo no estuvo conforme ni con el diagnóstico ni con la indicación de tratamiento, y convenció a los padres que hicieran otra consulta.

A continuación, voy a transcribir directamente algunas de las cosas que sus padres decían de él en la primera entrevista.

La madre (M): *Tiene problemas en el colegio.*

El padre (P): *Es un bicho raro. No recibe invitaciones de los otros chicos. Dibuja cosas que al colegio le parecen raras.*

M: *Tiene problemas de motricidad.*

P: *La mamá es un poco sorda.*

M: *Estudia japonés el día sábado, va a un colegio japonés. También estudia italiano en la Dante junto con un compañero, los viernes por la tarde. Y alemán en clases particulares.*

P: *Este empuje es de la madre.*

M: *Tengo que favorecer lo que él sabe, ya que tiene otras cosas negativas, por ejemplo, en fútbol es un desastre. En el colegio están preocupados por su madurez. El psicólogo escolar se acuerda de que hasta hace un año se ponía en el medio del patio y giraba solo.*

P: *Siempre le gustó el colegio. Los psicólogos le habían recomendado que le quitáramos italiano, porque eran demasiados idiomas.*

M: *Este año lo pongo en natación.*

P: *El viernes italiano es horrible, nunca descansa.*

Pregunto, como sería de esperar, si Víctor no protesta mucho. Pero me responden que no, y agregan que es único hijo. A mi pregunta acerca de cuáles son sus actividades los sábados y domingos, la respuesta tarda en llegar.

P: *Yo trabajo los domingos.*

Y la mamá no contesta. Más tarde, agrega:

M: *Juega o investiga en la computadora. Le interesa el mecanismo de la computadora. Le ha dado por el griego, le interesan las palabras. Hace transformaciones, inventa sus propios muñecos. Vida social casi no tiene.*

P: *Es mucho más estático que los demás, y eso puede ser visto como buen*

comportamiento. En la escuela los chicos lo han relegado, por eso, él es la última opción. El que más se burla de él es el que va a italiano.

M: *Como cualquier niño.*

El padre cuenta entonces que un día en que los chicos lo molestaban, él le dijo: "Anda y dales una piña, y yo te doy cincuenta centavos". Pero como Víctor no sabe manejar sus fuerzas, le bajó dos dientes al compañero.

A esta altura, ya puedo registrar claramente una modalidad especial del discurso de la madre: refiere algo e inmediatamente afirma lo contrario. Por ejemplo:

M: *El embarazo fue bueno, sin embargo tuve dificultades para quedar embarazada e hice un tratamiento. El parto fue por cesárea, nació con cuatro kilos. El desarrollo motriz fue muy lento pero normal. El neurólogo dijo que tenía atraso motriz.*

Además, "carga las tintas" sobre diversas problemáticas del niño:

M: *Tenía problemas en el lenguaje, no tenía las cuerdas vocales bien formadas, hasta los cinco años no se le entendían bien las palabras. Fue a la fonoaudióloga hasta primer grado. Hablaba raro, invertía las palabras. Tenía fobias, terror a las tapas negras, no quería defecar, pero después se le pasó. Tiene pequeñas obsesiones: a la lechuga, a la cebolla, a la remolacha. El padre dice que la madre es celosa y posesiva y sobre el chico dice:*
P: *Es Isidoro Cañones, es un vago.*

Comenta que el psicólogo del colegio está preocupado por cómo evolucionará en la adolescencia.

En la primera entrevista con Víctor tendré ocasión de observar sus producciones gráficas y escucharlo.

Sobre los dibujos N° 1 y 2 (ver pp. 46-47) no hace ningún comentario. Con respecto al dibujo N° 3 (ver p. 47), dice:

V: *La línea primitiva es toda ondulada, vino mal. (Después se corrige y explica). Este es un primitivo dinosaurio-bestia, pero en el futuro será un robot.*

Observo para mí un robot esquelético, descarnado absolutamente. Y noto claramente que hay una concordancia entre lo que sus padres quieren, lo que propone el terapeuta que le hizo la indicación "adaptativa" y lo que Víctor piensa: *su única posibilidad es robotizarse.*

En la segunda entrevista, veo que Víctor, al llegar, toma la manija de la puerta, y a continuación la madre dice:

M: *Tomá la manija de la puerta si querés abrir.*

A (analista): *Lo hago entrar y le pregunto: ¿Tu mamá siempre te dice lo que tenés que hacer cuando lo estás haciendo?*

La respuesta inmediata de Víctor es quejarse de las exigencias de la mamá:

V: *¡Me mete todos los idiomas! Mi mamá quiere que cuando yo sea grande vaya a un país donde se hable chino, idiomas...*

Se queja del alemán, aunque reconoce que por lo menos ahora le dan clases en la casa. Y luego, dirigiéndose directamente a mí:

V: *Yo te pido que les digas que me dejen los domingos y los jueves libres, eso es lo que te pido.*

Habla sobre el dibujo número 4 (ver p. 49).

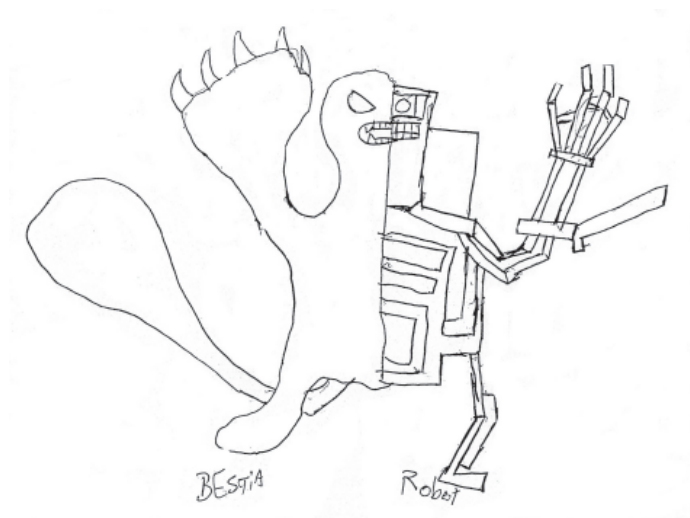
V: *Acá hay uno malo porque está poseído por el demonio. Alguien lo dirige (yo ahí pensé en un delirio de influencia) y no puede controlar la maldad y ataca a los buenos. El otro es bueno pero es un boludo (me parece obvio que se refiere al padre).*



Dibujo N° 1



Dibujo N° 2



Dibujo N° 3

Hace los dibujos número 5 y 6 (ver pp. 49-50). El número 5 (ver p. 49) resulta especialmente interesante. Él me explica:

V: *Uno que tiene una bomba como cabeza, pero tiene un resorte y tira y puede salvar su cabeza.*

Pero se puede ver que esta cabeza a su vez es la boca de una cara con rasgos japoneses, donde él está incluido. Y mientras hace este dibujo, que es “todo bombas”, dice:

V: *Mi mamá me grita mucho todo el día.*

A: *¿Y vos, qué hacés?*

V: *Yo grito, pero un poquito. Mi mamá me molesta dos horas, todo el tiempo me grita. El Hermano Juan (asistía a un colegio religioso) me grita todo el día, «te tenés que portar bien».*

Y sigue comentando el dibujo:

–Si llega a explotar la bomba, se le destruye la cabeza al tipo. Se destruye él, destruye a los demás. Es un suicida.

A: *Me parece que te resulta difícil que salga la rabia sin que se destroe el tipo que tiene rabia. Tanta es la rabia que tiene concentrada en la cabeza, tanta es la presión por los gritos...*

Y entonces, ya que yo me metí, él me pone a prueba. Primero hace un nuevo dibujo (dibujo número 7, p. 51) lleno de pinzas, absolutamente bizarro. Y me pregunta:

V: *¿Y éste qué te parece, es bueno o malo?*

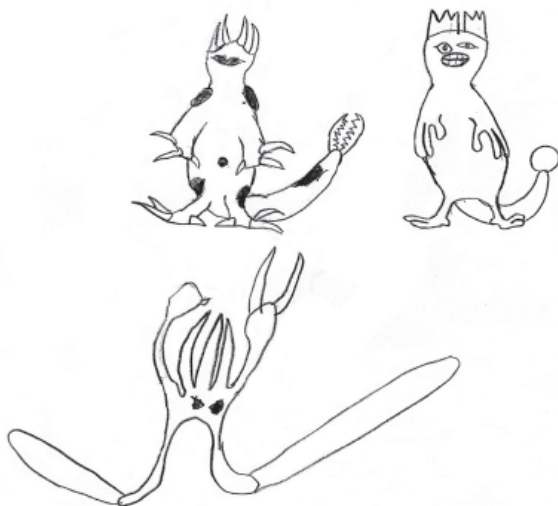
A: *A mí me parece diferente. ¿Tus dibujos son diferentes a los de los demás chicos? ¿Vos te sentís diferente?*

Su primera respuesta es muy defensiva:

V: *En el fútbol juego como defensor. Para los demás soy malísimo. Y luego: Hay un malo que si te traga se te mete en el cuerpo, te absorbe la energía y te deja como un esqueleto.*

A: *¿Alguna vez le tenés miedo a los fantasmas?*

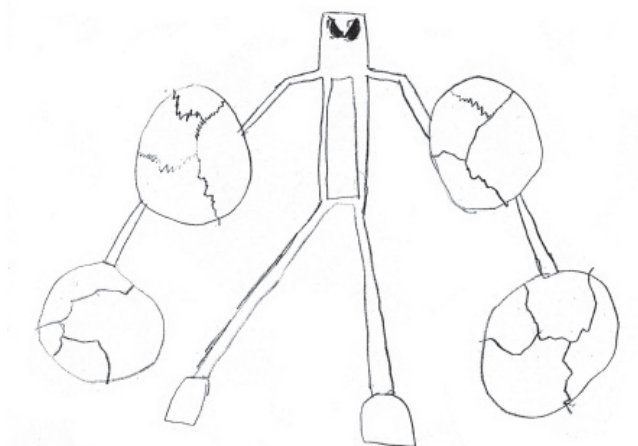
V: *No. Cuando van a otras dimensiones se pelean con otros, pero en realidad son ellos mismos, de manera que terminan destrozados por ellos mismos. Pero hay otra puertita de otra dimensión, pero no se salvan igual,*



Dibujo N° 4



Dibujo N° 5



Dibujo N° 6

luchan y se mueren. Si se pelean entre ellos son brutos porque no tienen oportunidad de salir con vida. Mejor deben pelearse con los buenos.

Y entonces hace un nuevo dibujo (dibujo número 8, p. 52) que está lleno de rojo, de sangre. Va a la pileta a lavarse las manos, porque pintó con témpera roja, y me dice:

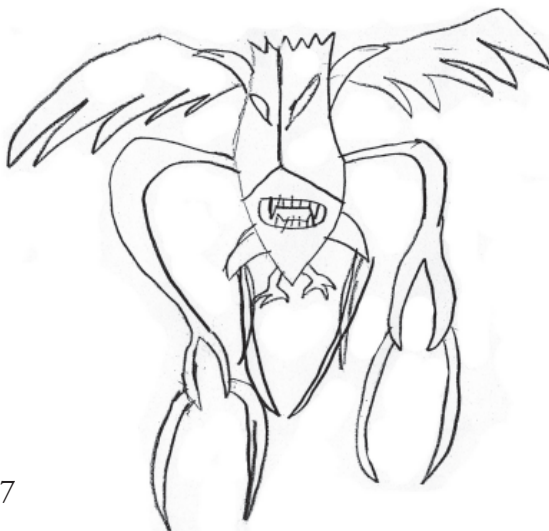
V: Menos mal que vos tenés agua, porque aquí puse mucho fuego. La próxima vez te prometo que te voy a dibujar uno bueno (cosa que, como enseguida veremos, no pudo hacer!).

En la tercera y última entrevista, hace otro (dibujo número 9, p. 52). Se llama “El mal”. Como se puede ver, aparece una figura tremendamente amenazante. Y dice:

V: Ojos rojos que te matan. Si querés escapar no podés, porque tiene treinta ojos que te siguen, te encuentran y te comen viva.

Entonces me mira —sabe que es la última entrevista, después tengo la devolución con los padres—, y me dice:

V: Mejor no te metas con ellos, porque donde ellos están te paralizan y te comen viva aunque vengas con un tanque protegido.



Dibujo N° 7

Sigue luego con: abejas que cuando te pican se suicidan, te atacan, te devoran, te dejan medio muerta... boca que muerde, ojos rojos, lo peor que podés hacer es tirarles algo a la boca que puede incendiarse y te matan; luego sigue dibujando: son los esclavos del mal. El rey es el mal y los otros son los esclavos.

A: Todo esto está en tu imaginación. ¿Cuándo aparecen?

V: Uh, aparecieron hace mucho, cuando yo estaba en el preescolar (¡él mismo me da la detección del comienzo manifiesto de su psicosis!). Cuando yo estaba en el preescolar, yo tenía cinco años. Los malos no tenían estos nombres. Primero empecé a hacer los monstruitos en una carpeta y con nombres raros (después siguen los demonios, los tipitos, etc.).

A: ¿Esta historia que vos me estás contando, de muertes y guerras, se la contaste alguna vez a alguien, o es sólo para vos?

V: No, es sólo para mí, porque si lo explico nadie me entiende. Cuando le muestro a los chicos algún dibujo me dicen: ¿qué es esto?, ¿qué es esto?."

A: (Le replicó) Pero los chicos a veces entienden la lucha de monstruos.

V: Sí, pero yo todavía no te conté las partes más inentendibles. No les conté los nombres raros que yo les ponía, son mucho más complicados. Ahora estoy pasando las historias a la computadora.

Hasta aquí, las entrevistas con el chico. A continuación me centraré en la entrevista de devolución, que nos va permitir ver otros elementos muy importantes.



Dibujo N° 8



EL MAL

Dibujo N° 9

Al mostrarles yo algunos de los dibujos del niño, la mamá enseguida me dice:

M: *Dibuja igual que todos los chicos, es absolutamente normal.*

Yo estaba planteándoles que para mí era importante mostrarles alguna producción de él, a fin de transmitirles lo que yo pensaba acerca del diagnóstico que vinieron a pedirme. Ante la respuesta de la madre, concedo que también podemos empezar de otro modo. Pero interviene el padre:

P: *Vos siempre querés dirigir todo. Con ese autoritarismo que hacés conmigo y con él.*

M: *¿En qué decís que soy autoritaria?*

P: *Conmigo ya no discutimos, pero con él sos terrible. Nunca lo dejás tranquilo, lo hacés estudiar todo el tiempo. Señala un dibujo que está sobre la mesa (dibujo número 9, p. 52) y dice: Esta sos vos. Así te ponés cuando Víctor empieza el colegio, y no parás.*

M: *Si no hago así con él, desaprovecho lo único que tiene, que es su inteligencia, por eso lo hago estudiar cuatro idiomas, es su futuro.*

Yo entonces intervengo:

A: *Ustedes están trayendo un tema muy importante, que es el de la exigencia sobre él.*

P: *¿Usted dice exigencia, doctora? Le voy a poner un ejemplo. Yo estoy mirando televisión, lo invito a mi hijo a mirar una película, una de animalitos o de aventuras. Ella le da veinte minutos para ver, porque pierde el tiempo para estudiar. Entonces, abre la puerta y dice: quedan quince minutos, quedan diez minutos, quedan cinco minutos, se terminó, a estudiar, y lo deja al chico con la mitad de la película sin ver.*

M: *Yo no veo las cosas como vos las ves.*

P: *El viernes por la tarde él pidió tener algún otro día libre, pero vos no aflojás.*

Considero que es el momento para introducir un planteo serio:

A: *Me parece muy importante este tema, y en ese sentido aquí hay un dibujo que les quiero mostrar (les muestro el dibujo n° 5, p. 49 y les explico que él dice que la cabeza es una bomba). Tanta exigencia sobre él puede hacer estallar su cabeza. Estamos en el comienzo de la adolescencia, de modo que es un momento muy especial, muy peligroso, y él está diciendo*

que con tanta presión podría tener una crisis. Por eso mismo, yo creo que necesita una terapia, para poder liberar su cabeza de estas presiones que son internas y externas, y para poder trabajar todos estos temas donde además parece tratarse de un conflicto entre ustedes.

M: *¿Y qué quiere decir tener una bomba en vez de cabeza?*

Le explico que, para mí, se trata de una advertencia, que a veces los chicos en el comienzo de la adolescencia hacen crisis severas y él me ha hablado de una explosión, me ha hablado de violencia. Y dejo claro que yo considero que tengo el deber de advertirles que este chico necesita un espacio donde poder liberar su cabeza de presiones para que no explote. Y esta es la respuesta de la madre:

M: *¿Violencia? ¿Usted dice violencia conmigo? Antes, yo lo mato. Yo ya lo tengo decidido: voy a ir a donde me dijeron que es un Asperger, a un grupo, porque a mí me dijeron que él no tiene el código que tienen los demás niños y en un grupo lo va a aprender.*

A: (Le pregunto al padre) *¿Usted está de acuerdo?*

P: *Yo no, pero ella siempre gana.*

A: *Me parece importante que nos volvamos a encontrar para volver a hablar de esto.*

Hasta aquí el caso. Hice todo lo posible para convencer a los padres de que siguiéramos manteniendo algunas entrevistas con el niño y con ellos. Pero la madre había tomado una decisión, decisión que el padre no estaba de ningún modo dispuesto a confrontar. No conforme con la situación, me puse en contacto con el profesional que había hecho la derivación (un pariente del padre), para ver si él podía seguir mediando a fin de lograr alguna posibilidad de revisar la determinación familiar. La respuesta fue decepcionante: lo considero difícil, con la madre ya no hablo desde hace un tiempo, es imposible hacerlo, está psicótica, con el padre voy a intentarlo, lo cierto es que nunca contraría la elección de su mujer. La derivación que había hecho para obtener un segundo diagnóstico era lo máximo que se había podido lograr. No había más esperanzas de torcer la voluntad de la madre o de lograr del padre algo más que una resignada aceptación, más sometimiento que elección responsable.

Todo esto era para mí más doloroso por el hecho de que con Víctor había logrado un contacto afectivo inicial, muy profundo. Me quedé con el deseo de atenderlo, y creo que él con las ganas de quedarse. Este fuerte contacto afectivo inicial habla de que evidentemente este chico no es un autista, aunque sí tiene una estructura psicótica.

Pero esta posibilidad fallida para Víctor nos deja a nosotros una advertencia, porque nada de esto había sido investigado en este niño al que se le había hecho un cuestionario modelo para obtener un diagnóstico rápido. No se había investigado a la familia, no se le había dado la oportunidad de que alguien se diera cuenta de la psicosis del niño, de su condición de rehén de una madre psicótica, a cuya exigencia terrible se le agregaría –si es que esa indicación prosperó– la de verse ante la tarea (probablemente imposible desde su modo de funcionamiento psicótico) de “aprender códigos” en un grupo con chicos “normales”.

El psicoanálisis interpelando a las terapias cognitivo-conductuales: trastorno y síntoma

Como decía más arriba, la medicalización y las terapias cognitivo-conductuales son estrategias terapéuticas que se están imponiendo en nuestro medio de manera masiva, así como estas nuevas categorías psicopatológicas que dirigen la cura. Ciertamente, si los síntomas o problemas se presentan como discapacidades o trastornos, no extraña que para su cura se propongan técnicas de reeducación y/o de adiestramiento.

Inevitablemente esto nos lleva a plantear el tema del DSM IV y su patología del “trastorno”, palabra ambigua. En el DSM IV por ejemplo, no se habla de neurosis. La palabra trastorno cubre todo el espectro, de modo que, lo que nosotros entendemos por neurosis se diagnostica con la sigla “TGDI”, “trastorno generalizado del desarrollo, a veces, inespecífico”. Muchos niños vienen con este diagnóstico que padece de una gran imprecisión; en él cabe todo pero no dice nada. Además, ¿dónde está ahí el lugar para la subjetividad? No hay un otro a conocer, hay un aplastamiento de la alteridad.

Desde ya que, en tanto no hay neurosis, desaparecen también otras categorías del psicoanálisis, a saber, el Edipo, la castración, la represión. Avanzando un poco más, se puede incluso preguntar si existe la noción de inconciente en el DSM IV. Pero en realidad, se trata de una pregunta a los psicoanalistas: ¿seguimos usando la noción de inconciente, tanto en la dimensión teórica como clínica? ¿O será un concepto que va desapareciendo sigilosamente o va entrando en desuso por efecto de otros vértices de análisis?

Retomo la noción de “trastorno”. Esta palabra es la traducción que se hizo en castellano de la palabra inglesa *disorder*, que tiene dos acepciones: “desorden” y “trastorno”. El diccionario de la Real Academia Española da dos acepciones de “trastorno”. La primera apunta a la “acción y efecto de trastor-

nar o trastornarse”. Se ofrecen varios significados de “trastornar”, siendo pertinentes tres de ellos:

- invertir el orden regular de una cosa;
- inquietar, en sentido figurado;
- también en sentido figurado: perturbar el sentido, la conciencia o la conducta de uno, acercándolos a la anormalidad.

La segunda acepción de “trastorno” lo define como “alteración leve de la salud”. En síntesis, “trastorno” indica la idea de desvío en relación a la norma, remite a anormalidad, a conducta que se considera anormal y que exige, por consiguiente, volver a la norma. Supone un orden que es necesario re-establecer. Esto se logrará a través de la supresión del problema que altera el orden, y para ello son necesarias las técnicas de adiestramiento, las conductas pautadas, ya que su objetivo es lograr la adaptación a los códigos que la cultura, la sociedad o la familia imponen en un momento dado.

A ello apuntan las terapias de matriz conductista. Parten de una premisa: creen que es posible un acuerdo previo entre paciente y terapeuta acerca de cuál es el problema y cómo abordarlo. En el caso de los niños, ese acuerdo se hace entre los padres y el terapeuta. Se logra un acuerdo sobre el resultado u orden deseado, que es la supresión del problema/síntoma que altera o trae la conducta anormal. Se trata de un empirismo colaborativo donde por supuesto no se investiga a los padres, ni a la historia familiar, donde no se utilizan las entrevistas libres. Por el contrario, se tiende a entrevistas pautadas a través de una serie de preguntas ya planteadas de antemano al modo de cuestionarios precodificados.

El psicoanálisis también ubica el síntoma. Pero, en tanto éste es una creación individual, no trata simplemente de suprimirlo para reestablecer un orden, sino de ponerlo a hablar en transferencia. El psicoanálisis hace hablar al síntoma, indaga sobre las raíces que lo han hecho posible, lo alberga y lo transforma más allá de la adaptación. Porque lo considera signo de algo distinto, y no simplemente funcionamiento o conducta desviada, inaceptable o disfuncional. A diferencia del trastorno, supone una verdad cifrada que hay que descifrar en tanto trabajo del inconciente.

Ambas terapias –la cognitivo-conductual y el psicoanálisis– son terapias de la palabra. Pero en la primera, la palabra es usada como vehículo de información que nos conduce directamente a la voluntad en el tratamiento. La palabra como información o como respuesta a un cuestionario que estaba hecho previamente tiene un sentido unívoco, que yo considero atravesado por las defensas. La libertad de una entrevista no guiada, no pautada, es condición para que aparezca algún sentido no previsto, alguna significación

forcluida, reprimida. En la construcción de un síntoma es necesario evaluar el compromiso de la patología familiar, y también hay que dar la oportunidad al niño para que éste, en tanto sujeto, pueda decir lo suyo.

En una época, yo trabajé con Arminda Aberastury. A ella se le había ocurrido la idea de hacer un cuestionario para que los padres se lo llevaran a sus casas, lo respondieran tranquilamente y luego se lo entregaran al terapeuta. Después de algunas pruebas, recuerdo que ella dijo: “Esto no va más. Un cuestionario es una cárcel donde muere la asociación libre, que es el camino para que aparezca alguna verdad”.

¿Qué esperamos los psicoanalistas cuando hablamos de eficacia?

Como analistas, hoy en día estamos atravesados por exigencias ligadas a la rapidez y a la eficacia. La noción tradicional de eficacia alude a la capacidad de obtener resultados previstos en el menor tiempo posible y con la mayor economía de medios. Es un objetivo esencial en la cultura actual, en la contemporaneidad.

En su *Tratado de la eficacia*, François Jullien (1999), quien trabaja sobre la sinología y sobre muchos conceptos chinos, dice que en la Antigüedad, entre los chinos, ser eficaz era ante todo permitir que advenga el efecto, no aspirar a ello sino implicarlo como consecuencia. Habilitar una espera para poder aprehenderlo.

Podríamos preguntarnos, entonces, qué elementos emergen al considerar la noción de eficacia en función de la práctica analítica. Yo digo: que advenga el efecto sin un saber previsto de antemano y sin prisa, no por economía de medios, sino por la singularidad de aquello que está en juego, singularidad que sólo el proceso puede develar. Los analistas estamos a la espera de que advengan los efectos del inconsciente en transferencia, haciendo lugar a la palabra, al despliegue del síntoma, tratando de no obturar el discurso ni la fantasmática en juego.

Es preciso seguir sosteniendo, por sobre la idea del trastorno o *disorder* y más allá de los criterios adaptativos, la importancia del trabajo con el síntoma en transferencia, que permite orientarnos en la cura; el trabajo en la singularidad de cada sujeto, entramado en una historia única e irrepetible; habilitando así la posibilidad de que el sujeto se encuentre con algún efecto de verdad que le concierna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. Barcelona. Masson.
- Aulagnier, P. (2001). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bleichmar, S. (30-03-2000). *Caza de brujas en la infancia*. *Diario Clarín*.
- Cena, M. y Pelento, M. L. (mimeografiado). *La formación de categorías en la estructuración psíquica temprana. Un caso de psicosis*. Ficha AEAPG.
- Diccionario de la Real Academia Española. (1999). Madrid. Espasa Calpe.
- Janin, B., y otros (2004). *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD*. Buenos Aires. Noveduc.
- Jullien, F. (1999). *Tratado de la eficacia*. Madrid. Siruela.
- Kristeva, J. (1999). *Nuevas enfermedades del alma*. Madrid. Cátedra.
- Tallis, J. (1982). *Metodología diagnóstica en la disfunción cerebral mínima*. Buenos Aires. Paidós.
- Tallis, J. (2002). *Trastornos del desarrollo infantil*, Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Winnicott, D. (2009 [1969]). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.