

*Cuando las infancias quedan arrasadas por un sinfín de etiquetas: Manuel el niño de los 5 diagnósticos**

*Dra. Gisela Untoiglich***

*Introducción por Beatriz Azagra****

Estoy muy agradecida por la posibilidad que me da AECPPNA de estar hoy aquí acompañando a Gisela Untoiglich en la presentación de este caso paradigmático para el movimiento que estamos generando en la denuncia de la patologización de la infancia y del abuso de etiquetas, que no favorecen la subjetivación y singularidad del sufrimiento psíquico.

También le agradezco a Gisela Untoiglich que haya compartido con nosotros este rico material que nos permite reflexionar acerca de lo importante que es que aquellas cosas que les pasan a los hijos hagan una pregunta en la estructura familiar.

Nos ha traído a Manuel, que como ella señala, es UN niño con cinco DIAGNOSTICOS y tres MEDICACIONES que finalmente se encontró con alguien, con una psicoanalista, que no emitió un diagnóstico basado en la observación de determinadas conductas sin preguntarse nada acerca del sujeto que las sufre.

La experiencia de ser padres conmueve el ser de cada persona que ha decidido tener hijos, haciendo de esta experiencia una de las que más afectan a su vida.

Cada uno enfrentará esta experiencia como pueda según su historia y la relación que haya tenido con su padre, su madre y las personas significativas.

Ana María Caellas, Susana Kahane e Iluminada Sánchez, en su libro "El quehacer con los padres" afirman, leo literal, "los padres en general han de encontrar con los hijos aquellos ejes que harán que el crecimiento sea posible. Sabiendo que los reajustes son necesarios porque en distintos momentos de la vida, los hijos nos traerán conexiones con nuestra vida y la de nuestros padres" sin olvidar que todo esto ocurre en la esfera del inconsciente.

El nacimiento de un nuevo ser dentro de una familia que le espera hace que todos los miembros tengan

que volver a colocarse, el hijo ahora es hijo y padre porque el padre es padre y abuelo, el hermano ahora es tío y la hija también será madre... y el recién nacido en el centro, marcando un nuevo orden generacional que ordenará y limitará e irremediablemente cambiara la vida en un proceso de ajuste y de acomodación (y si no es así, casi seguro que nos enfrentaremos a una situación problemática).

Desde este momento ya nada será igual. Y qué importante es que el bebé esté en el centro en ese momento de su vida. Que esté para dejar de estarlo más adelante.

Los padres de Manuel eran una pareja y querían tener un hijo, pero tuvieron dificultades para ser padres, para abandonar el papel de hombre y mujer o de hijo-hija, los dos muy activos, con muchas tareas a las que responder y responsabilidades a las que hacer frente.

Manuel viene al mundo y se tiene que constituir, en la primera infancia, sobre todo, por las necesidades de los otros, con un pedido, "interferir poco en la vida de sus padres, que pueden mantener su vida social, que no haga mucho ruido para que su padre pueda seguir estudiando y la madre trabajando... y él ante ese pedido, imposible para un bebé, solo puede llorar y ser inquieto pidiendo de este modo un lugar en la mirada de los que le rodean.

Llora tanto que su madre no puede calmarle y se desespera, no duerme, exige la presencia del otro que no puede encontrarse con él. No pueden establecer rutinas, no se acomodan en los tiempos y los límites se tornan como imposibles.

Nace el hermano (también sorpresivamente, sin que los padres pareciera que tenían un deseo de ello) y la situación empeora. La madre está desbordada.

Manuel lo expresa con berrinches y con mucha

desorganización. Como solución se plantean su ingreso en la escuela infantil, sin tener en cuenta las necesidades del niño y lo que supone esta separación en su vida, parece que los movimientos que conciernen a Manuel están motivados por las necesidades de otros que no confían mucho en lo psíquico ni en la importancia de las palabras de tal modo que es su cuidadora quien hace el periodo de adaptación teniendo en cuenta que era una persona que llegó recientemente a su casa y que no sabemos cómo tramitaría el niño lo que supone salir de la casa para entrar en una institución escolar que le es ajena con una persona casi desconocida. Así fue la salida a lo social.

Desde ahí hasta los 7 años las dificultades han ido en aumento, su comportamiento en el colegio es muy malo, en reuniones familiares... en fin, Manuel les hace la vida difícil a los que le rodean, buscando su mirada permanentemente, pero nadie se pregunta ¿De qué sufre Manuel?

Desde el momento en el que una pareja piensa en tener un hijo, este el bebe será soñado por sus padres, será sujeto de historias familiares, recuerdos y expectativas con las que irá formándose el hijo ideal. Pero también será depositario de secretos, de miedos, de traumas... y todo ello formará parte de ese inconsciente transmitido que hará de imán para los contenidos reprimidos inconscientes u ocultados a la forma de secreto y que si no salen a la luz tendrán efectos a lo largo de la vida.

El recién nacido procede de su padre, de su madre y de todos sus antepasados.

El niño del que estamos hablando tiene un aparato psíquico en construcción. Será un bebé que dejará el paso al niño para ser púber y luego adolescente.

Cada avance irá unido a un duelo que en definitiva supone una pérdida del niño de la infancia y una ganancia del adulto en ciernes...

Este camino, que parece fácil, está lleno de momentos difíciles, por los avatares de la vida y la constitución psíquica del sujeto no es sencilla y es fundamental que el niño en este camino esté acompañado.

El ser humano desde que nace necesita la presencia de otro.

Emergemos psíquicamente desde la imperfección y frustración.

La imperfección está en la base de la vida simbólica y humana, nos aleja definitivamente del resto de seres vivos y nos da la posibilidad de que lo psíquico tenga lugar.

El sentido de la vida psíquica estará siempre en el ser humano que tiene en frente y, que en función materna le mira con ganas de saber.

El llanto funciona así como un llamado a la madre, que

traducirá de alguna forma lo que pasa y le ofrecerá a su bebe una posibilidad de sostener y poder ligar el exceso de sensación con la mirada, la voz... las caricias...

En el caso de Manuel, su llanto, más que como llamado hace que sus padres se desesperen, no se puede ligar el exceso y la traducción es difícil, su madre se identifica con él y el padre no sabe qué hacer.

Parece que no pueden sostenerle.

Mannoni, en el prólogo a la Primera entrevista con el psicoanalista, plantea que la madre o quien cumple su función leerá lo que ella cree que el bebe demanda, descubriendo lo suyo en el rostro del bebe, aporta cuidados, satisface necesidades... transmitiendo así el lugar que tiene el pequeño en la cadena generacional.

El objetivo final de la función paterna y materna será la de permitir al niño el acceso a la subjetividad, desde la función paterna con el corte entre madre y bebé damos la entrada al deseo y a la ley.

Así el desarrollo del bebe tiene que ver con un proceso madurativo regido por lo biológico, pero la constitución subjetiva que parte de lo biológico devendrá en lo psíquico dando la humanidad necesaria para vivir. Parece que esto fue complicado en la vida de Manuel.

Desde su nacimiento los padres se enfrentan a una imagen de un hijo que les es difícil (porque se enfrentan a lo que no entienden y como padres no pueden solucionar... y aparecen los problemas se ponen de manifiesto las incapacidades de ellos para poder traducir lo que le pasa a su hijo y sobre todo para poder preguntarse qué tiene que ver son ellos, seguramente porque estén temiendo las certezas que les acompañan en su vida.

Entonces acuden a un especialista, o varios en este caso, y lo hacen con angustia porque ocurre algo que no entienden y esperan que alguien ponga un nombre, aunque no tengan ninguna noción de lo que eso supone.

Acuden a un especialista que examina al niño y dice "su hijo sufre de esto o aquello" y agota con este diagnóstico la vía de una posible demanda, donde pueda emerger el sujeto.

Y en el caso de Manuel, se pone de manifiesto 5 veces, cada diagnóstico se suma al siguiente pero el sujeto está cada vez más sepultado debajo de las palabras y de la medicación, y cada uno de estos diagnósticos como hemos sabido, confirman a la madre en la teoría de que su hijo estará enfermo por culpa de ella, pero nada más.

Después de esto ya no habrá intento de preguntarse nada, sino más bien de dar respuestas que potencien en muchos casos la satisfacción narcisista del profesional y relativamente calmen la angustia de los padres.

Con ese tipo de diagnóstico se responde a una

pregunta que imposibilita el camino hacia el futuro, hacia la elaboración de aquello que no sabe.

Preguntas como ¿Qué le pasa a mi hijo? ¿Qué tiene que ver conmigo? ¿Qué es lo que no puedo aceptar y reconocer en él o ella? ...¿cómo relacionarse con este niño?

Me gustaría resaltar que Manuel llega a estos especialistas cinco veces porque le llevan sus padres, siempre siguiendo la recomendación de otro significativo que proviene de la institución escolar. Los “síntomas” si podemos llamarles así, no cuestionan nada de la estructura familiar (Y sabemos por Mannoni, en que si esto no ocurre la intervención desde otro lugar no es posible) y la etiqueta confirma esta situación.

Impactados por el dolor que supone tener un hijo con problemas. Consultan porque le quieren, porque hay cosas que les asustan, que no entiendan y que les preocupen y también porque cada vez tienen la vida más difícil y con mucho sufrimiento de todos y la impotencia será el sentimiento predominante.

El diagnóstico así planteado cierra el círculo, pero también les saca fuera a ellos. Les informa de algo que le pasa al niño, pero el cada vez está peor con un sufrimiento insoportable precisamente porque no es su malestar lo que está en tela de juicio.

Los padres tienen ante sí una disyuntiva, pueden parar aquí y entender que a su hijo todo lo que le pasa es debido a cualquiera de las etiquetas atribuidas, imposible ya que Manuel insiste en expresar su malestar o pueden enfrentar la incertidumbre que supone pensar que su hijo tiene una historia, que en parte es la suya, que sufre cuando no puede, cuando se enfada, se pone violento... y que, justo ahí se está jugando su ser, la relación y vida con ellos.

Desde esta perspectiva la pregunta ya no será la misma, no sólo es qué le pasa a él, sino qué nos pasa a todos nosotros con esto.

Ahora será necesario repasar la historia de la relación con su hijo, dónde estuvieron los encuentros y desencuentros, los amores y desamores, las frustraciones, los sueños imposibles y aceptar que la historia del hijo ha sido posibilitada en gran medida por ellos.

Queriendo a su hijo, no saben qué hacer con él e inconscientemente le culpan de todas sus dificultades.

En este encuentro con una psicoanalista se ponen de relieve las dificultades de ellos para colocarse como padres, para poder, estando en función materna, tener una atención desinteresada de su hijo.

La madre seguramente no pudo salir del shock que suponía renunciar el hijo ideal y enfrentarse al real, y el padre no puede renunciar a su papel de hijo satisfactorio para su propio padre.

Y la madre al no poder hablar de su vida con el padre, no puede dar salida a todas las angustias relacionadas con su intento de suicidio y el miedo a que esto determinara, en parte, la vida de Manuel.

Y Manuel, en estado de alerta permanente, sin unas vivencias calmantes que le aseguren que lo que tiene alrededor no es amenazante... ahora encuentra un sitio donde poder hablar y claro que lo hace.

Me interesa resaltar el momento cuando la madre observa que su hijo tiene mucha más capacidad de expresión de lo que ella creía, qué sorpresa! a este niño ,seguramente, nadie le estaba pudiendo mirar como a un sujeto, aplastado por la medicación y las losas de sus diagnósticos.

Este es un aspecto importante, Manuel tiene más capacidad simbólica de las que parecía, solo necesitaba alguien que le escuchase porque cuando se le da el micrófono, el habla y cuenta con sus dibujos y con su historia.

Este aspecto nos hace pensar que, en su pasado, quizá, alguien le escucho un poquito más de lo que parecía... yo escuchando el material también me sorprendí de esta capacidad.

En su primera infancia, ante esa desesperación que provocaba, seguramente, el intento de traducción no siempre fue fallido, aunque parece que la palabra no llegó a constituirse como el modo de vehiculizar las emociones. Pero ahí estaba preparada para poder serlo, gracias al esfuerzo de todos en el tratamiento.

Muy importante lo que plantea Gisela, en sus palabras, “mi preocupación es indagar qué lo tiene mal y producir un pasaje de la idea de portarse mal a la de estar mal ya que para todos es menos costoso ocupar el lugar del que se porta mal, que interrogarse acerca de que lo tiene mal”.

Para eso es fundamental abrir un espacio donde los enlaces entre la historia de Manuel y la de sus padres puedan desplegarse.

Ya podemos pasar de ese primer observable de unos padres que parece que no pudieron hacer sitio a su hijo en sus vidas, a una madre que con mucha angustia se enfrentaba a su bebe temiendo hacerlo mal y no poder ser la madre que ella imaginó en ese cuento de hadas y un bebe pendiente de los movimientos maternos.

También a las dificultades como padres a enfrentar los problemas del hijo que se fueron tornando mortales para este niño del que todos pensaban que si él no estuviera todos vivirían mejor, en casa y en la escuela.

Este encuentro con una psicoanalista los llevo al espacio de la pregunta, del recuerdo, de su historia y gracias a la construcción de enlaces a la que se prestan llegarán a reconocer que el hijo es un ser humano diferente de ellos que sufre y que les necesita. Manuel con sus malestares está poniendo en acto

todas las angustias negadas y cosas no dichas por sus padres, y lo reivindica con la fuerza del oposicionismo y la agresividad.

El siguiente momento, en el proceso, será un momento más depresivo en el que, asumiendo la falta, puedan aceptar que tienen un hijo al que quieren y al que no pueden abandonar y que seguro fue imprescindible para que Manuel y sus padres pudieran reconocerse.

Me gustaría resaltar el papel de la escuela en todo este proceso. La escuela es el lugar donde los problemas de Manuel van encontrando una escena distinta de

lo familiar, y es allí donde se da la voz de alarma y la posterior orientación.

Es relevante la importancia de la existencia de una escucha psicoanalítica en la institución escolar desde la escuela infantil, que hubiera convocado a los padres como parte fundamental de este proceso y orientado mucho antes que Manuel hubiera podido acudir a un lugar donde se le hubiera podido escuchar como alguien con dificultades y no atender solo a sus problemas.

Bibliografía:

- Caellas, A.M., Kahane, S., Sánchez, I., (2010) *"El Quehacer con los padres. De la doble escucha a la construcción de enlaces"*, HG Editores.
- Freud, S. (1914), *"Introducción al narcisismo"*, Amorrortu, tomo XIV.
- Janin, B. (2018) *"Infancias patologizadas"*, editorial Noveduc.
- Janin, B. (2011) *"El sufrimiento psíquico en los niños, editorial Noveduc."*
- Mannoni, M. (1987) *"La primera entrevista con el psicoanalista"*, Editorial Gedisa.
- Mannoni, M. (1972) *"El niño retardado y su madre"*, editorial Paidós.
- Untoiglich, G. (2019) *"En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz"*, Noveduc.

Exposición de la sesión clínica*

*Dra. Gisela Untoiglich***

Manuel¹ es un niño de 8 años, el primer hijo de una pareja que lo buscó y esperó amorosamente.

Su padre se autodefine como inquieto, ansioso e hiperactivo; su madre se presenta como alguien rígido y con poca tolerancia. El niño nace sin inconvenientes, son una joven pareja con un bebé que llevan a múltiples eventos sociales y que tiene como mandato no interferir en las largas horas de estudio del padre, ni en las tareas de la madre. Relatan que desde muy pequeño era muy inquieto, lloraba mucho y esto desbordaba a su madre, quien cuenta risueñamente que en diversas oportunidades pensó en "tirarlo por la ventana".

Las cuestiones se agudizan a partir de que la madre queda embarazada sorpresivamente de su segundo hijo, cuando Manuel tenía un año y medio. El niño se vuelve irritable, hace berrinches, tiene problemas para dormir. La madre se siente sobrepasada por las circunstancias y decide que comience el jardín, pero por razones laborales no puede acompañar al niño en su periodo de adaptación, que termina realizando la empleada que había ingresado al hogar hacía poco tiempo.

La primera consulta la efectúan a los 4 años por indicación del jardín de infantes. La psicopedagoga de

la escuela realiza una derivación neurológica debido a los accesos de violencia incontrolables del niño. En ese momento el Trastorno por Déficit atencional se encontraba en el cenit de su magnificencia; los padres realizan una consulta privada, con quien suponían que era el mejor neurólogo infantil, quien escucha a los padres, les solicita que respondan un cuestionario, observa unos minutos al niño y determina que el pequeño tiene **A.D.D.** (Trastorno por Déficit Atencional) y le prescribe Metilfenidato (un psicoestimulante que tiene como efecto paradójico disminuir los niveles de excitación del niño y enfocar su atención).

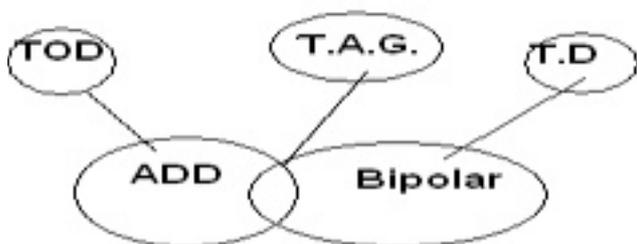
Lo llamativo es que el niño no tenía en ese momento dificultades atencionales, de hecho, era un chico muy inteligente, sin problemas de aprendizaje, o sea que era un curioso caso de "Trastorno por déficit de atención", sin problemas en su atención. Por otra parte, el niño presentaba tics desde el nacimiento de su hermano y la medicación administrada está contraindicada en esos casos.

El neurólogo les indica a los padres que regresen en seis meses. No propone otro abordaje.

Al año siguiente, en preescolar, mientras continuaban medicándolo, se agudizan los problemas conductuales, entonces la escuela solicita una interconsulta

psicopedagógica - mientras tanto nace su segundo hermano -. La psicopedagoga lo evalúa y diagnostica de **T.O.D.** (Trastorno Oposicionista Desafiante), trabaja en entrevistas con el niño, no se contacta con el neurólogo, ni con la escuela, ni les proporciona a los padres un espacio de trabajo terapéutico. La situación empeora, los padres retornan al neurólogo, quien acuerda con el diagnóstico de la psicopedagoga y le adiciona Risperidona (un neuroléptico indicado para psicosis agudas y crónicas, que también se utiliza para manejar pacientes con graves episodios de violencia, contraindicado para menores de 6 años).

A los 6 años comienza primer grado y tiene la suerte de tener una docente amorosa que tiene buena empatía con el niño. Si bien los exabruptos de Manuel continuaban, la maestra encontró un modo de apaciguarlo, llevándolo a su escritorio y sentándolo a una mesa en repetidas ocasiones y cuando



Su explicación fue la siguiente: al comienzo el niño era hiperactivo, por eso el diagnóstico de **A.D.D.** y la correcta indicación de Metilfenidato, luego se exacerbaron las cuestiones caracteriales y apareció el **T.O.D.**, por esta razón se adicionó la Risperidona, más adelante se manifestó la ansiedad que dio origen al **T.A.G.** (Trastorno de Ansiedad Generalizada) y el **T.D.** (Trastorno Depresivo), pero que probablemente sean parte de un nuevo diagnóstico que es el **Trastorno Bipolar**.

Consecuentemente el psiquiatra propuso complementar el tratamiento con una nueva droga, el Valproato sódico, que es un antiepiléptico que se utiliza como estabilizador del ánimo.

A esta altura los padres se encontraban absolutamente desorientados, tenían un hijo de 8 años, con 5 diagnósticos y 3 drogas psiquiátricas. La escuela estaba desbordada y ponía como condición que el niño concurriera sólo dos horas a la escuela y medicado, y el pequeño estaba en un estado completo de angustia, que nadie estaba en condiciones de contener.

Los padres deciden realizar un giro en el abordaje de la situación y buscan una nueva escuela para su hijo, allí les recomiendan realizar un cambio de enfoque en los tratamientos, hacer una nueva consulta y aceptar al niño a condición que participe en el programa de inclusión que poseía el establecimiento.

esto no funcionaba lo enviaba a la biblioteca de la escuela a buscar algún material que luego utilizaba. Seguía en tratamiento psicopedagógico y con ambas medicaciones.

Cuando pasa a segundo grado, tiene varios cambios de docentes, el niño está cada vez peor, se escapa del aula, rompe cosas, revolea sillas, no presta atención en clase (a pesar de continuar tomando el Metilfenidato), no realiza las evaluaciones, por lo cual la institución escolar exige una nueva consulta.

La psicopedagoga se declara incompetente para continuar trabajando con el pequeño, el neurólogo demanda una interconsulta psiquiátrica. El psiquiatra escucha a los padres, les realiza una serie de cuestionarios y determina que el niño tiene la conjunción de **CINCO DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS** y les grafica un diagrama para que comprendan la situación:

En ese estado llegan a la consulta conmigo. Los padres caracterizan a Manuel como un niño que no presta atención a lo escolar, sin amigos, con accesos de ira incontrolables, solitario, callado, que sólo responde bajo amenazas y que a su vez es un pequeño extremadamente miedoso e introvertido y que se pregunta con frecuencia para qué vivir.

Los padres consideran que todo esto le ocurre porque está muy atento a lo que sucede a su alrededor y por los deficitarios manejos escolares.

En relación a la historia de la pareja parental, la madre relata que se conocieron siendo muy jóvenes, rápidamente se casaron y decidieron tener un hijo. La madre transcurrió el embarazo muy sola, ya que el padre viajaba mucho por cuestiones laborales y ella no tenía nadie en quien apoyarse.

Cuando nace Manuel, ella imagina que todo iba a ser un cuento de hadas, sin embargo, el bebé lloraba profusamente y la madre terminaba llorando junto con el hijo, reprochándose lo mala madre que era. No había horarios, ni rutinas.

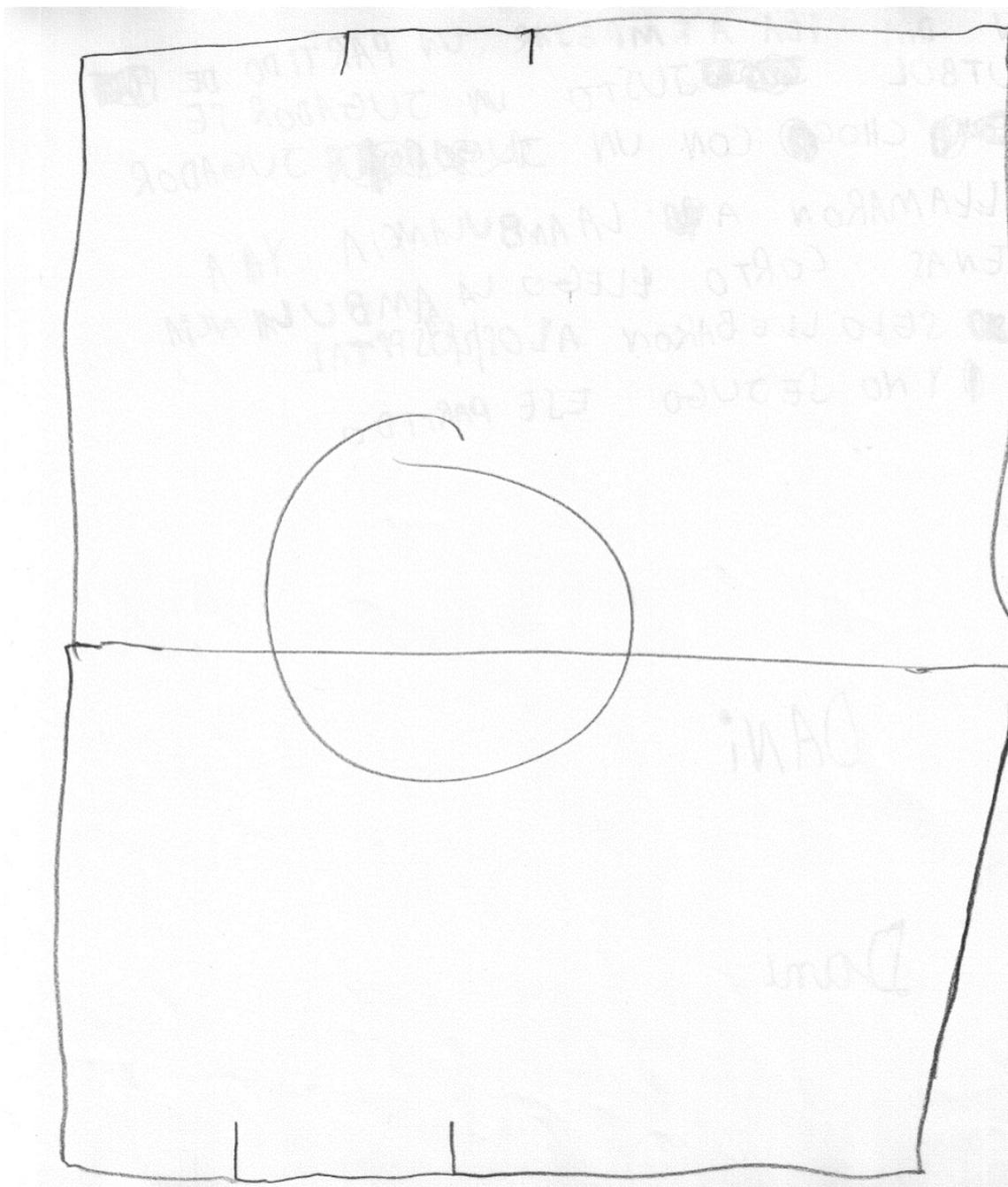
Con respecto a su historia, la madre elude hacer referencias y dice que su vida empezó cuando se casó. El padre, es el primer hijo de una familia muy exitosa comercialmente, que decide hacer un recorrido diferente, el cual no es apoyado, por lo tanto, se tiene que abrir camino solo y demostrar todo el tiempo que

puede triunfar sin el sostén parental, lo cual lo tiene absolutamente absorbido. Si bien quiere a su hijo, no tiene demasiada disponibilidad para criarlo, quiere que se porte bien, no genere inconvenientes constantes y no tenga sumida a su esposa en un estado de nerviosismo absoluto.

Luego de este encuentro, realizo una primera entrevista con el niño, quien solicita que su madre lo acompañe. La madre se sorprende de las posibilidades de expresión que tiene su hijo y de la capacidad de dar cuenta de sus sufrimientos.

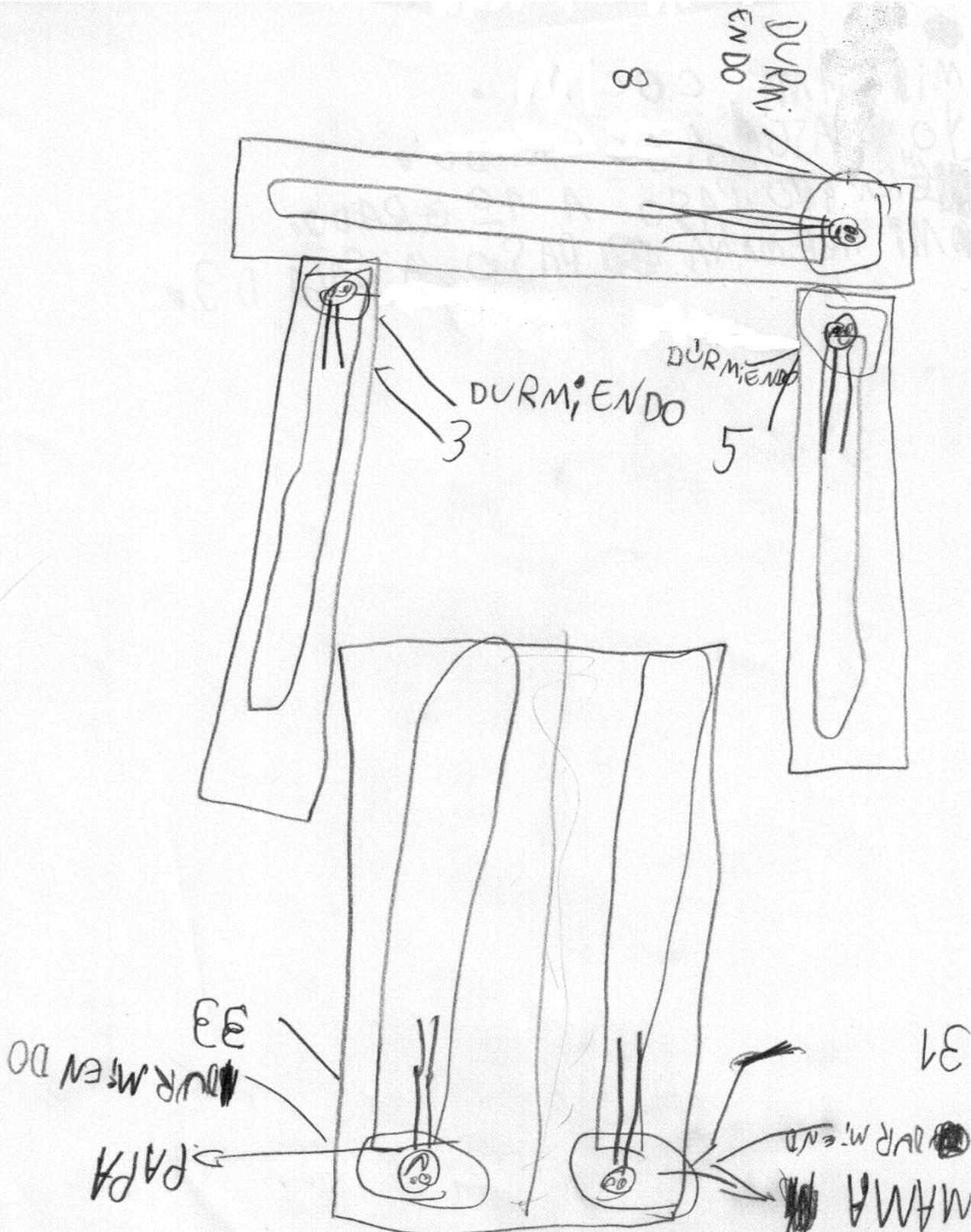
Manuel dice que viene para portarse bien, que se enoja mucho con los amigos y que no puede prestar atención a la maestra porque todos lo molestan. También explica que nadie lo escucha ni en su casa, ni en la escuela, que todos lo retan, pero que nadie lo oye. No tolera que le nieguen algo que a él le parece justo. M: "Cuando me hacen algo que no me gusta, no me puedo aguantar y me enoja mucho. Los quiero matar, o me quiero morir".

Le solicito que realice un dibujo para poder conocerlo.



El niño expone su vacío a través del dibujo que realiza, graficando una gran cancha de fútbol, pero sin ningún sujeto que juegue allí.

En la historia detalla un accidente que ocasiona que el partido nunca se juegue.



En un gráfico sobre su Familia no se observan diferencias generacionales, ni de género, los dibujos son bidimensionales con transparencias.

También resulta significativo que todos los miembros están inmóviles en sus camas, cuando le señalo a Manuel esto, responde: "¿viste?, parecen cajones de muertos". Inmediatamente se pone a saltar por el consultorio.

Realiza preguntas compulsivamente y muchas veces se dispersa, no mostrando interés en las respuestas.

Está en estado de alerta permanente, atento a ruidos y conversaciones que se escuchan a lo lejos.

Manuel es un pequeño triste. Sus padres lo ven como un ser incontrolable e impredecible que arrasa la dinámica familiar, las vacaciones con él son un infierno, es violento con sus hermanos, no tiene amigos, insulta a los padres, es un mal ejemplo, genera graves problemas de pareja. Lo quieren, pero simplemente no saben qué hacer con él y el fantasma que ronda es que, si el niño no existiera, los problemas desaparecerían.

La inquietud de los padres es que el hijo se porte mal en la nueva escuela, desafíe a los docentes, maltrate a los compañeros, no preste atención en clase y todo vuelva a comenzar. Mi preocupación profesional es indagar qué lo tiene mal y producir un pasaje de la idea de portarse mal, a la de estar mal, ya que parecería que para el niño - y también para sus padres - es mucho menos costoso psíquicamente ocupar el lugar del que se porta mal, que interrogarse acerca de qué lo tiene mal.

1 niño, 5 diagnósticos, 3 medicaciones psiquiátricas. En este estado se encuentra la cuestión de los diagnósticos en la actualidad. La explicación del psiquiatra era sencilla, se resumía en el factor de COMORBILIDAD, lo cual quiere decir que dos o más trastornos se presentan “aleatoriamente” de manera conjunta, sin que nadie necesite cuestionarse acerca del porqué. No nos olvidemos que estos cuadros se construyen por sumatoria de observables, por lo tanto, si un sujeto tiene conductas visibles que pertenecen a diferentes trastornos, los mismos se irán adicionando conformando un pastiche de clasificaciones diagnósticas, en el cual la pregunta por las causalidades lleva a una única respuesta que es la genética, aunque nada haya podido ser fehacientemente comprobado hasta ahora.

El vacío, la quietud, la rigidez prevalecen en el material, ¿al servicio de qué?...

Le solicito a Manuel autorización para mostrarle a sus padres, el dibujo de la familia que había realizado. Cuando les comento que lo que más me llamaba la atención de ese gráfico era la quietud familiar y la necesidad de tenerlos a todos encajonados, como muertos, la madre empalidece y rompe en llanto, relatando algo que nadie sabía, ni siquiera su marido, que estaba presente en la entrevista.

Cuenta, con mucha angustia contenida, que poco antes de conocerse, ella había intentado suicidarse y luego trata de olvidar todo eso, casándose y embarazándose rápidamente, pero que continuamente la preocupa haberle transmitido de algún modo, algo de esto a Manuel, ya que siempre sintió que este hijo la conocía y la intuía más que cualquier otro.

Por supuesto que toda esta temática jamás hubiese salido a la luz, en el magma de diagnósticos psiquiátricos bajo los cuales estaba sepultado el niño. Por otra parte, tampoco esto significa que todo lo que le sucede al niño se explique unívocamente debido a que la madre en su juventud hizo un intento de suicidio, ya que esta lectura sería tan reduccionista como la biológica. Sin embargo, será necesario un trabajo de alojamiento del sufrimiento, de discriminación de las angustias, ya que lo que se pudo reconstruir de la historia es que cuando Manuel, siendo bebé se angustiaba, la madre se angustiaba junto con él, no pudiendo contenerlo. Estaba tan invadida por su temor de hacerlo mal y equivocarse como su madre se equivocó con ella, que esto terminó reduplicando el desamparo.

Si bien tenía un buen vínculo con su marido, al no poder confiar en él y contarle lo que le había ocurrido en su adolescencia, una parte suya siempre quedaba ensombrecida y su sentimiento era que esta oscuridad de algún modo recaía sobre el niño y cada diagnóstico no hacía más que confirmarle sus temores. La necesidad de silenciar su propio padecimiento, escindiéndolo, tenía a la madre totalmente absorbida y al niño absolutamente atento a los vaivenes maternos.

¿Qué lugar ocupa lo silenciado en la historia familiar?

En la viñeta clínica presentada observamos cómo lo silenciado ocupa un lugar preponderante en los vínculos tanto de la madre con su hijo, como en la pareja parental. Entiendo lo silenciado como aquello que está presente, no necesariamente con palabras, pero que no tiene habilitada la posibilidad subjetiva de tramitación simbólica. (Untoiglich, 2017)²

P. Aulagnier³ propone que el sufrimiento puede promover un deseo de desinversión, lo cual podría provocar una oportunidad para la irrupción de la pulsión de muerte. Cuando el cuerpo, la realidad o el otro promueven un padecimiento sostenido, esos elementos pueden caer bajo la amenaza de la desinversión. Uno de los síntomas con los que se presenta Manuel es la desatención. Se podría pensar entonces la desatención como una modalidad de la desinversión (Untoiglich, 2011⁴).

Considero que no existen niños absolutamente desatentos, sino que lo que tendremos que interrogarnos desde la clínica es ¿a qué está atento ese niño que no puede atender a lo escolar?, ¿qué intenta tramitar fallidamente Manuel a través de la desatención, la hiperactividad, el desafío, la necesidad de tener al otro en vilo?

S. Bleichmar⁵ retoma la carta 52 de Freud a Fliess para dar cuenta de la posibilidad de rastrear un modo de inscripción no transcribible, llamado en los comienzos de la obra freudiana “signos de percepción”. Los mismos no serían necesariamente, sólo las marcas más antiguas que conserva el aparato psíquico, sino que podrían producirse en diferentes períodos de la vida, como materialidad irreductible a todo ensamblaje, a partir de ser producto de experiencias traumáticas inmetabolizables. Dichos signos dan cuenta de los elementos psíquicos que no se ordenan bajo la legalidad del inconsciente o del preconscious, que pueden presentarse como manifiestos, sin por ello que el sujeto sea consciente de los mismos, ya que los elementos se encuentran desligados.

Uno de los elementos de este armazón es la transmisión parental. “La transmisión parental adquiere la particularidad de inaugurar para cada hijo una forma singular de apropiarse de su herencia psíquica. Con la versión que de ella se dé a sí mismo, el niño va a construir los recursos de significación para interpretar el mundo que lo rodea, su lugar en él, su identidad”. (Wettengel, 2001⁶).

En mi investigación doctoral sobre niños con dificultades atencionales he observado que cuando se les solicita a los padres que relaten su historia, a menudo nos encontramos con ciertos fragmentos no tramitados que se transmiten a través de las diferentes generaciones. R. Rodulfo⁷ propone pensar el “mito familiar” como un sistema heterogéneo, como un collage, cuyos componentes se superponen, se pueden contradecir unos a otros, promoviendo lo imprevisible. Cada elemento de la trama familiar cumple una función pudiendo ocurrir múltiples vicisitudes. Sin embargo, es necesario subrayar que las mismas no son indefectiblemente, las causas directas de lo que le sucede al niño, sino que plantean ciertas condiciones de base, con las que el hijo tendrá que ver qué puede construir, en un trabajo que le es propio.

Ahora bien, ¿qué lugar ocupa aquello silenciado en las diferentes generaciones, o más aún aquello que intenta ocultarse?

H. Faimberg⁸ propone el concepto de “Telescopaje”, lo plantea como un “tipo especial de identificación inconsciente alienante que condensa tres generaciones y que se revela en la transferencia”. Uno de los puntos más destacables para esta autora, es que en dicha transmisión alienante los padres pierden la función de garantes, por lo tanto, el hijo queda sujetado a lo que los padres dicen o silencian.

Su supervivencia psíquica y su capacidad de pensar quedan inmobilizadas, ya que el niño no tiene libre acceso a la información que circula, por lo tanto,

puede ocurrir que termine poniendo en acto esa imposibilidad, por ejemplo, a través del no atender, o del no parar de moverse.

En numerosas ocasiones, lo que se intenta inscribir es efecto de dicha historia devenida traumática. Es preciso poner a trabajar estas cuestiones en un espacio analítico.

En el caso de Manuel se indicó una terapia para la madre, un tratamiento para el niño y un espacio de trabajo con los padres. En cada uno de estos lugares se fueron entretejiendo los enlaces que posibilitaron bordear ciertos agujeros, desplegar la tristeza, el enojo, aquello que estaba desamarrado y pugnaba por descargarse.

Asimismo, se propuso un trabajo conjunto con la institución escolar, con la cual se construyeron diversas estrategias de inclusión.

De a poco Manuel empezó a serenarse, ya no necesitaba salir tanto del aula, en la casa si bien continuaban los enojos, ya no había golpes, ni insultos.

Antes, en cada situación que se planteaba una discrepancia entre lo que él imaginaba y lo que encontraba en la realidad, esto se transformaba en una afrenta narcisista, intolerable porque atentaba contra su ser, ahora, de a poco va pudiendo aceptar las diferencias e incluso, en ocasiones puede hasta reírse de sí mismo.

*Este escrito está basado en un capítulo del libro que publica mi tesis doctoral, titulado: Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad (2011, Noveduc editorial), presentado como sesión clínica en Aecpna el 23 de abril de 2022 dentro del ciclo “Infancias y Adolescencias. Escenarios contemporáneos”.

****Sobre la autora.** Gisela Untoiglich Psicoanalista. Dra. en Psicología - Universidad de Buenos Aires. Codirectora del Programa de Actualización: “Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: Intervenciones en el campo clínico y educacional”. Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Profesora invitada por diferentes universidades e instituciones extranjeras de Chile, Brasil, Uruguay, México, España. Miembro fundador del Forum Infancias. Autora en diversas publicaciones sobre Infancia, entre ellas: “Infancias. Entre espectros y trastornos”; “Autismos y otras problemáticas graves en la infancia”; “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz”; “Versiones actuales del sufrimiento infantil”.

*****Sobre la presentadora:** Beatriz Azagra es Psicóloga Clínica, Psicoanalista y Psicoterapeuta
azagras@gmail.com

Notas

1 Algunos datos de este material han sido modificados para preservar la identidad del niño.

2 Untoiglich, G., La niña del punto final. Lo silenciado entre-generaciones. En Infancias. Entre espectro y trastornos (Liora Stavchansky y Gisela Untoiglich, autoras), México, Editorial Paradiso, 2017.

3 Aulagnier, P., « Condamné a investir » [Condenado a investir] en Nouvelle Revue de Psychanalyse, núm.25, 1982.

4 Untoiglich, G., Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Buenos Aires, Novedades Educativas, 2011.

5 Bleichmar, S., “Simbolizaciones de transición: Una clínica abierta a lo real” en Docta - Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Editada por la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, 2, 2004.

6 Wettengel, L., “Los senderos de la transmisión” en Schlemenson, S., (comp.), Niños que no aprenden. Buenos Aires, Paidós, 2001, p.41.

7 Rodulfo, R., El niño y el significante. Buenos Aires, Paidós, 1989.

8 Faimberg, H., “El telescopaje de las generaciones” en R. Kaës, J. Baranes, H. Faimberg, & M. Enriquez, Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu.