

D O S S I E R

Coloquio entre profesionales psicomotricistas, psicólogos y psicoanalistas.

<<Conversando sobre la Hiperactividad>>. Escuela de verano, julio de 2008

Nos ha parecido interesante dar a conocer los temas tratados en este coloquio a través de nuestra revista y para ello hemos realizado una síntesis de éste, recogiendo asimismo las aportaciones que llevaron.

Empieza el coloquio con la intervención de Philippe Lemenu, psicomotricista belga y presidente de la ASEFOP, que trasmite su experiencia con niños con graves alteraciones, trastornos caracteriales, abandonos y abusos familiares, subrayando las dificultades de hacer con ellos un trabajo corporal sin despertar fantasmas (homosexuales, por ejemplo) ligados a la excitación de la pulsión. Este trabajo es posible si hay un continente y una voluntad terapéutica coherente con la práctica psicomotriz. A partir de las preguntas de Iolanda Vives, Philippe va entrando en la explicación del protocolo de su centro en Bél-

gica, la relación imprescindible con los maestros, con las familias, la importancia de que se evite etiquetar a los adolescentes, confrontando siempre el diagnóstico, reactivando la dimensión simbólica, etc.

A continuación, Elisabet Falcó introduce la cuestión de la hiperactividad, que entiende no como enfermedad, catalogada como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y tratada con medicación, sino como trastorno evolutivo originado en la etapa preverbal, en la que se exterioriza con el cuerpo lo que aún no puede hacerse con el lenguaje. El cuerpo ayuda así a cubrir el déficit lingüístico. Si en esta etapa se dan situaciones particularmente estresantes que afecten emocionalmente en profundidad al que aún no habla, éste será más susceptible a mostrar síntomas de hiperactividad. En diálogo con Montserrat Rizo se va acotando el TDAH. Ella distingue la disfunción cerebral mínima del déficit de atención, y subraya la causa orgánica, neurológica y química.

Elisabet leyó lo que había escrito acerca de la hiperactividad; entendiéndola sobre todo contrapuesta a la famosa TDAH actual tratada con medicación.

Quisiera hablar un poco sobre el famoso trastorno de hiperactividad, entendiéndolo como un trastorno evolutivo y no como una "enfermedad" que me puede "atacar" por sorpresa y que requiere medicación.

Para empezar, la hiperactividad es un momento de la evolución ontogenética. El niño muy pequeño, antes de la construcción del lenguaje, es fundamentalmente hiperactivo ya que no puede

D O S S I E R

aún expresarse con palabras y lo hace por lo tanto con el cuerpo y el movimiento.

Un niño/niña que durante este periodo preverbal haya sufrido situaciones muy estresantes que le hayan afectado emocionalmente en profundidad, situaciones que le hayan inquietado y generado un intenso malestar emocional, será alguien muy susceptible a mostrar todos los síntomas de hiperactividad, ya que no dispone aún de un soporte lingüístico que lo proteja, o sea, que le permita explicarse, comprender y como consecuencia, calmarse.

Digamos que, en este sentido, el cuerpo es una prótesis que ayuda a cubrir un déficit lingüístico, que ayuda a paliar una comunicación aún incompleta. Es como si, al no tener el lenguaje para poder explicar la situación que le angustia y, de esta forma, poder aminorar el malestar, lo intentará con otros sistemas lingüísticos más arcaicos.

El niño/niña que se muestra “hiperactivo”, o sea nervioso, disperso, siempre en movimiento, está más pendiente de todo lo que hacen los otros que de su propia actividad, no se concentra pero en cambio quiere controlarlo todo, se engancha físicamente al compañero, es impulsivo, y emocionalmente poco contenido..., también es un individuo estresado (y por eso estresa), enfadado (y por eso enfada), con miedo (y por eso asusta) y con dificultad para comunicarse (y por eso no se le entiende).

Sus actitudes se hacen difíciles de descodificar, de traducir y, en definitiva, de soportar, ya que más bien son expresiones que le molestan, que se quiere sacar de encima y por eso los proyecta al exterior.

En consecuencia, habitualmente, el exterior le devuelve la hostilidad en forma de hostilidad, el enfado en forma de enfado, etc., de manera que el círculo se va cerrando, se va haciendo vicioso y los síntomas se van cronificando.

Ceres Lotito cuestiona la actual conceptualización TDAH, que sirve como explicación de todo, desde el fracaso escolar hasta la violencia en las aulas; biologización de los comportamientos escolares y sociales que es tratada con medicación anfetamínica (Ritaline). Así, los niños y las niñas catalogados como hiperactivos se ven desprovistos de historia, ya que al suponerse como un déficit en el organismo, desaparece toda responsabilidad. Ceres insiste en la necesidad de otra mirada, otra manera de escuchar una pulsión desregulada, no simbolizada, siendo el niño o niña un sujeto de pleno derecho que, en la expresividad motriz, da a ver más allá de la conducta manifiesta, un jeroglífico a descifrar. Ceres aportó su escrito: “Un fantasma corre por el mundo desarrollado, fantasma que se manifiesta a través de niños y adolescentes con conductas incómodas, “comportamientos perturbadores”. ¿Que está pasando?, se preguntan maestros, padres, psicólogos, psiquiatras...

Otras voces proclaman, “estamos ante un nuevo fenómeno”, “hay que buscar las causas y las soluciones para que la normalidad se restablezca en las aulas y en el seno familiar y que sus repercusiones no aumenten el índice de delincuencia en nuestras calles”.

Podemos leer infinidad de artículos en la prensa y publicaciones de divulgación científica

D O S S I E R

en donde las siglas TDAH se repiten como trasfondo de sus argumentos sobre el fracaso escolar y la violencia en las aulas; y la formulación de hipótesis con peso de certeza, sobre su etiología, basada en un mal funcionamiento neuronal.

Este diagnóstico aparece como un obturador, carta de presentación de muchos de los niños que recibimos en nuestras consultas y aulas de psicomotricidad.

Padres y maestros nos hacen llegar su queja: “es un hiperactivo”, “no sabemos qué más hacer”, sí esta “etiqueta” cada vez más resuena de forma insistente, los niños son representados por ella, desprovistos de historia, ya que al suponerse como un déficit en el organismo, no hay responsabilidad ni de padres, ni de educadores, ni del propio niño.

HISTORIAS QUE IMPORTAN

1- LA HISTORIA DE UN NOMBRE

Los primeros intentos de explicar lo indomable del “cachorro humano”, lo indomable del cuerpo infantil que no se aviene a las leyes o códigos del mundo simbólico que lo acoge, se remontan a principios del siglo pasado.

1902: Still dicta una conferencia en el Colegio Real británico que se titula: “Incapacidad para concentrarse y mantener la atención por defecto del control moral”.

1920: Surge el concepto de “Síndrome conductual del daño cerebral” a consecuencia de la encefalitis, que fue la epidemia en esa época.

1930: Se aplica el término hiperactividad para los niños y Lereher y Eredher hablan de “neurosis de hiperactividad en la infancia”, atribuyéndola a una disfunción extrapiramidal.

1937: Bradley describe un síndrome que consta de trastornos de atención, hiperactividad e inestabilidad emocional atribuyéndolo a una “posible” lesión cerebral. Es este psiquiatra el primero que descubre el efecto paradójico de las anfetaminas que mejoran el síndrome.

1947: Strauss y Lehtinen añaden desordenes cognitivos, perceptivos, motores e inadaptación escolar y familiar. Lo nombrarán “lesión cerebral mínima”.

1962: El Grupo de Estudios Internacionales de Oxford propone sustituir la noción de “lesión cerebral” por la de “disfunción cerebral mínima” (MBD).

Aparecen voces críticas como las de Lantéri-Laura y Gros que argumentan que se ha construido de forma artificiosa un cuadro sindrómico al reunir elementos heterogéneos de los cuales algunos no eran siquiera síntomas. Se llega así a una biologización de los comportamientos escolares y sociales por analogías poco rigurosas.

1968: DSM II habla de “reacción hiperkinética” de la infancia y la adolescencia y de “trastorno de atención”.

1974: ante la pluralidad de nombres Wender destaca que “el núcleo del trastorno es un síndrome que recibe varios nombres” y se invoca la biología como causa fundamental.

1980: DSM III pone de relieve en primer lugar el “trastorno de atención” y en segundo lugar la

D O S S I E R

“hiperactividad”, agrupados en el epígrafe de “comportamientos perturbadores”.

Se proclama que se trata de un problema neurobiológico pero por ahora la investigación médica no ha sido capaz de proporcionar ninguna prueba sustancial de su existencia. Entonces entra en juego la psicología a través de los test. Estos ponen en evidencia discutibles diferencias cuantitativas.

Hallowell y Ratey elaboran un test de 100 preguntas para detectar el síndrome y concluyen que “no hay una línea de demarcación clara con el comportamiento normal”.

Los únicos test específicos son cuestionarios aplicados por los padres y maestros que manejan indicadores sobre el tipo de relación de éstos con los niños.

Desde Estados Unidos surge la orientación de relacionar la hiperactividad con el riesgo de delincuencia y de ahí a la banalización de la prescripción de anfetaminas (Ritaline) en la población escolar.

El tratamiento se centra fundamentalmente en la orientación psicológica hacia adiestramientos conductuales en relación a la atención y habilidades sociales, conjuntamente con el tratamiento farmacológico.

El Ritaline se conoce desde los años treinta, pero en los años ochenta es objeto de un relanzamiento, presentado como algo socialmente valorado. El New York Times del 18 de enero de 1999 habla de “un estimulante ligero del SNC que, por razones que no han sido totalmente dilucidadas,

a menudo ayuda a los niños que padecen de distracción crónica, de compulsión, de hiperactividad, con dificultad para calmarse y concentrarse”.

La Asociación Pro-Ritaline CHADD explica que “el producto actúa igual que unas gafas permiten a un niño miope enfocar mejor” y “ayuda a las personas aquejadas de TDAH, considerados como minusválidos leves, a ver el mundo más claramente”.

También ha existido un hecho de particular trascendencia: la Asociación CHADD, fundada en 1987, y que defiende la categoría TDAH en Estados Unidos, promueve una gran campaña para que el Ritaline deje de tener la categoría II que implica la limitación de su producción y su clasificación como estupefaciente, argumentando que ello estigmatiza a sus consumidores.

Posteriormente sale a la luz que dicha campaña la financiaba Ciba-Geigi (luego Novartis), fabricante del producto.

2- LA HISTORIA QUE NOS IMPORTA

De esta historia hoy somos protagonistas activos y destinatarios de demandas de tratamientos de niñ@s que nos llegan con esta etiqueta estigmatizante y segregativa.

¿Y ahora qué?

La necesidad de otra mirada y una manera de hacer diferente está en nuestras manos.

Este diagnóstico que se aplica “muy fácilmente” nos interpela con una urgencia en la demanda, por el malestar que invade a padres y maestros.

D O S S I E R

Al niñ@ lo traen como objeto del malestar del Otro, catalogado muchas veces como desecho insoportable en el pretendido orden social estandarizado.

De nosotros muchas veces se espera un adiestramiento en habilidades sociales que lo haga más “amable”.

Dignificar nuestro trabajo no es solo sacar de la serie al niñ@, sino salir nosotros también de ella, orientándonos en poner en primer plano la historia particular de cada niñ@, que con sus síntomas intenta tratar algo de lo insoportable para él.

Nuestra carta a jugar es procurar encarnar un Otro diferente, que lo sostenga en su particularidad y se avenga a ser colocado por el niñ@ como objeto causa de su deseo.

Como psicomotricistas, sabemos que es en la “expresividad motriz” donde podemos leer qué nos está diciendo sobre su malestar subjetivo, pero esta lectura no es lineal ni cristalina, más bien es un jeroglífico a descifrar. La observación de su expresividad no es la observación de la conducta manifiesta, la ecuación [conducta = significación] no es directa, hay que poder ir más allá. No hay estándares, ni se trata de comprenderlo, sino de abrir el espacio necesario para que se explique. Sabemos que cada niñ@ estará escribiendo su propio libro, único y singular, efecto de cómo se haya jugado su “construcción somato-psíquica”.

Es a esa particularidad que debemos orientarnos, que nos ayude a desvelar los “engramas de inhibición” que se hayan inscrito en él y que se harán presentes en sus “angustias arcaicas” y sus “fantasmas de acción”.

“Otra mirada” y “otra manera de leer, escuchar y hacer” es nuestra apuesta ante un sujeto en el que la pulsión está desregulada. Crear la posibilidad de encontrar un marco adecuado donde alojarse e ir elaborando sus angustias, que le permita subvertir la precariedad simbólica en que se encuentra atrapado. Ese niño para nosotros será un sujeto de pleno derecho al que le daremos la palabra para que pueda ir contando y contándose “su historia”.

No se trata de hacernos cómplices de una etiqueta estandarizada sino de procurar que emerja aquello más particular, ocupándonos de crear el marco más idóneo donde el niñ@ encuentre otro modo de hacer con lo que le desborda.

3- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: PARTICULARIDADES RELEVANTES

Tenemos que estar muy atentos a la estructura que se haya jugado o se esté jugando en el niñ@. La particularidad a la que debemos prestar especial atención es si sospechamos que no solo estamos ante precariedad simbólica sino ante una especial dificultad en la constitución somato-psíquica, qué anudamiento real, imaginario y simbólico hay detrás de esa desregulación pulsional.

Si lo real irrumpe desbordado y caótico en su comportamiento disruptivo, puede haber en el niñ@ algún componente delirante que no encuentra la manera de poner a distancia.

Ante este tipo de circunstancia nuestro trabajo se orientará a promover la construcción de una suplencia, que contribuya a que “eso” para él

D O S S I E R

amenazante, con valor de aniquilación encuentre otra manera de anudamiento sintomático desprovisto de su peso mortificador.

4- OTRO ESPACIO DE ESCUCHA QUE IMPORTA SOSTENER

También hay que contemplar un lugar para la palabra de padres y maestros, que son un Otro fundamental para el niño@.

Estos Otros son los que traen, dan su versión, y en el caso de la familia tienen un papel sumamente relevante en la construcción sintomática del niño@.

Es substancial que la palabra de los padres sea escuchada y hacer un trabajo con ellos, en donde puedan llegar a captar qué, de su propia posición, está en juego.

Este otro frente puede servir para que la continuidad del tratamiento del niño@ consiga sostenerse y que a medida que se produzcan mejoras terapéuticas estas no sean boicoteadas. Este riesgo siempre está ahí por los efectos que muchas veces se producen al desvelar lo sintomático de la pareja parental, que hasta ahora quedaba opaco.

Mi esfuerzo y orientación es intentar articular los conceptos con los que nos manejamos los psicomotricistas formados en la línea de Bernard Aucouturier y los aportes que J. Lacan ha hecho al psicoanálisis. Apostar por un lugar que autorice nuestro saber hacer, desde la formación tónica-emocional propia del psicomotricista y la formación teórica.

Cómo leamos al niño@ en su devenir como sujeto, la construcción somato-psíquica del niño@ dependerá de cómo leamos su devenir como sujeto (en este sentido soy muy freudiana), de cómo hayan jugado el juicio de atribución y el juicio existencial. No es un tema de adiestramiento cenestésico, ni de etapas evolutivas. Lo que nos compete es lograr ser un Otro para ese niño@ que facilite su consentimiento en la regulación de lo pulsional y el único camino es el “amor de transferencia”.

Anna Luna retoma el tema, desde su experiencia en atención precoz. La dificultad de regular los primeros hábitos en niños de 0 a 3 años con trastorno de regulación, la dificultad de situar esta pulsión y recogerla. Y la dificultad de poder distinguir, ya a los 4 o 5 años, entre trastorno emocional y trastorno neurológico. Y la necesidad de acompañar y contener para no entrar en la vía farmacológica.

Lola Bosch plantea los límites de la psicomotricidad a nivel teórico y las limitaciones por parte de los psicoanalistas en la terapia individual, en su despacho, respecto a las posibilidades de jugar el cuerpo, las pulsiones. La psicomotricidad abre unas posibilidades transferenciales que no sólo pasa por lo simbólico verbalizado, sino por otros simbólicos. A partir de la presentación de un caso, se abre un intercambio de palabras entre Lola y Ceres.

Iolanda y Elvira insisten sobre el movimiento, la musculatura y la pulsión, en relación a las cuatro pulsiones clásicas: oral, anal, mirada y voz.

D O S S I E R

Rikardo Acebo vuelve a la cuestión, para él clave, de volver al sujeto, de volver al niño o niña con dificultades, más allá de las catalogaciones de hiperactividad, hipercinesia, etc.

Anna Luna insiste en la necesidad de trabajar, desde muy pequeños, el cuerpo en lo real, para que el niño pueda llegar al reconocimiento de su cuerpo; trabajar el sentir el cuerpo desde lo sensorio-motor, para que el niño pueda después reconocerse y reconocer a los demás.

Montserrat Rizo plantea el papel de la tonicidad corporal. La hiperactividad crea ansiedad en todo el entorno, por esto se acude tanto a la consulta. Afirma que el movimiento es tono y hay un problema de regulación tónica. El desorden emocional tiene que ver con un desorden de regulación tónica y al regular emocionalmente regulamos también tónicamente. Movimiento (que si es espontáneo tiene carácter de pulsión), acción, tono y emoción son indisolubles en sí mismos.

Martha Ortega introduce la cuestión de la adopción, hablando de su trabajo de atención a las solicitudes de idoneidad para acceder a la adopción y explicando la situación de los niños en los diferentes países, procedentes de China y Rusia, y la problemática situación de los padres y su historia de contención. Esta introducción origina un amplio debate con distintas intervenciones, sobre el estado de estos niños y niñas cuando llegan a los nuevos hogares.

José Ángel Rodríguez deriva el debate hacia cuestiones teóricas lacanianas sobre el cuerpo (como significado, como significante, como objeto pulsional y como nudo). En diálogo con Lola Bosch, van saliendo los tres registros, Real, Simbólico e Imaginario (RSI), y su anudamiento, y el lugar del psicomotricista entre lo Real y lo Imaginario y el lugar del psicoanalista entre lo Simbólico y lo Imaginario. Regresando a la cuestión de la hiperactividad, se vuelve a la cuestión de la importancia de una clínica del sujeto, del uno por uno, pero sin descuidar tampoco la cuestión de la estructura.

Katty Homar vuelve al problema del etiquetaje con el que llegan los niños a la escuela y destaca la importancia absoluta de la formación del que va a intervenir con estos niños. Importancia de la formación tónica y del poder ajustarse al niño. Los niños necesitan un cuerpo que contenga y la identidad tónica del terapeuta.

Isabel Vidal lee lo que, en un libro en la línea DSM IV, se define como hiperactividad, y a partir de esto vuelve a una serie de intervenciones críticas a tal conceptualización y a tal etiquetaje, que confunde síntoma con trastorno, medicalizando (intencionadamente: véase la relación de estos medicamentos con la industria farmacéutica) unos comportamientos, convirtiendo a unos niños inquietos o movidos, en “hiperactivos”. Se insiste de nuevo en la importancia del sujeto, de la historia de este sujeto, con todas las consecuencias que de tal afirmación se derivan.

D O S S I E R

Se insiste en la necesidad de dar al niño los recursos tónicos y corporales, y en la importancia de la formación personal ante el tratamiento de estos síntomas.

Participaron en el coloquio:

Philippe Lemenu: Psicomotricista y formador de la Escuela Belga de Aucouturier y actualmente presidente de la Asociación Europea de Escuelas de Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier (ASEFOP).

Katty Homar: Pedagoga, maestra, psicomotricista formadora de la escuela de Barcelona de la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC, miembro de la ASEFOP. Formadora de formadores, es una de las primeras personas que introducen la Psicomotricidad en Barcelona.

Iolanda Vives: Psicóloga, formadora de la escuela de Barcelona en la Formación de la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC., miembro de la ASEFOP y Psicoterapeuta en el centro Tariqa.

Elisabet Falcó : Maestra, psicomotricista, psicoterapeuta, colaboradora del centro Tariqa.

Ceres Lotito: Psicoanalista lacaniana de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis de Cataluña.

Anna Luna: Pedagoga, psicomotricista, trabaja en un CEDIAP, también en el centro de Tariqa y como formadora de la escuela de Barcelona de

la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC y miembro de la ASEFOP

Ricardo Acebo: Maestro, terapeuta psicomotricista, trabaja en un centro con niños afectados con psicosis, formador de la Escuela de Vergara (País Vasco) de la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier, colaborador con la Escuela de Barcelona de la AEC, y miembro de la ASEFOP

Lola Bosch: Psicoanalista lacaniana, trabaja en Tariqa y en un despacho como Psicoterapeuta. Colabora en la escuela de Barcelona en la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC.

Elvira: Psicoterapeuta lacaniana, trabaja con niños, adolescentes y adultos..

Montserrat Rizo: Fisioterapeuta, psicomotricista, trabaja en la Universidad de Vic en el Postgrado de Psicomotricidad y colabora en la escuela de Barcelona en la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC.

Martha Ortega: Psicoterapeuta y ha trabajado durante siete años con niños adoptados y en el equipo de un EAISID. Colabora en el centro Tariqa y también en la escuela de Barcelona en la Formación en la Práctica Psicomotriz Aucouturier de la AEC.

José Ángel Rodríguez: Médico, psiquiatra, psicomotricista, psicoanalista lacaniano, formador de práctica psicomotriz en la escuela de Barce-