

Analytica del Sur

Psicoanálisis y Crítica

La infancia medicada

Verónica Ortiz · Wednesday, July 15th, 2015



Sigmund Freud sostenía la existencia de tres profesiones imposibles: educar, gobernar, analizar. Podemos preguntarnos: ¿qué sucede cuando una sociedad trata lo ingobernable y lo ineducable de sus niños por la vía de la medicación?, ¿cómo es que -lejos de bordear en una experiencia analítica ese agujero imposible, situando qué arroja de saber para cada quien- la solución consiste en la obturación de toda pregunta por la vía del psicofármaco? Es científico, se dirá. Pero con Jacques Lacan sabemos que la ciencia (y su brazo tecnológico) forcluye al sujeto. No solo al sujeto niño, también el adulto es atrapado en estas redes. ¿Cómo se explica una infancia medicada?

La nuestra es una época científica, lo sabemos. Pero es también una época científicista[i]. El científicismo es una extensión de los presupuestos de la ciencia a cualquier ámbito de lo humano. Se funda en un reduccionismo mecanicista a través del cual todo lo humano sería explicable por un mecanismo físico, genético o neurológico. Es así que se buscan la causa genética del autismo, la zona cerebral donde anida el sentimiento religioso o se mapea la impulsividad.

Desde el psicoanálisis sostenemos que el sustrato neuronal es necesario pero no suficiente para explicar lo subjetivo, ya que una reacción no es una respuesta. Para que podamos hablar de una respuesta subjetiva, es preciso entender que algo se abre entre el sujeto y el soporte neuronal: el sujeto del inconsciente. Nada de los procesos biológicos podría funcionar sin la interacción con otras personas y con el mundo. En términos psicoanalíticos, sin la “función del Otro” (la madre, el

padre, la cultura, el Otro social) que va a poner en marcha o no las funciones subjetivas en el soporte biológico del que se trate[ii]. Esa respuesta, esa función subjetiva, resulta acallada cada vez que es considerada una exclusiva reacción bioquímica del cerebro.

Pero, ¿cuáles serían las razones para explicar este estado de cosas? ¿Se trata de una pura equivocación, de un error de juicio? ¿Cómo es que las buenas intenciones (que un niño esté tranquilo para poder aprender en la escuela, por ejemplo) se convierten en destierro de lo subjetivo, en ejercicio del poder, en sofocación del síntoma? Consideremos las ideas vertidas en los trabajos de tres psiquiatras y algunos otros autores.

Nancy Andreasen es una eminente psiquiatra, que recibió la medalla *Science* de manos del presidente Clinton. Alguien que ha participado de la confección del manual de psiquiatría DSM III[iii] pero que ahora se encuentra revisando sus fundamentos mismos. Con honestidad intelectual sostiene que ha habido “consecuencias indeseadas o no calculadas” en el uso del manual. En un artículo publicado en el primer número de *Analytica del Sur* [iv] realiza afirmaciones contundentes: “Aunque los creadores originales advirtieron que el *DSM* representaba el «mejor esfuerzo» más que un definitivo *ground truth*, el *DSM* comenzó a disponer de una autoridad total en programas de formación y sistemas de atención de salud. A partir de la publicación del *DSM-III* en 1980, ha habido una disminución constante en la enseñanza de una cuidadosa evaluación clínica que se dirija a los problemas de la persona y el contexto social y que se enriquezca con un buen conocimiento general de la psicopatología. A los estudiantes se les enseña a memorizar el DSM en lugar de aprender las complejidades enseñadas por los grandes psicopatólogos del pasado. Hacia el año 2005, tal disminución se ha vuelto tan grave que podría ser llamada ‘la muerte de la fenomenología en los Estados Unidos’.”»

Andreasen explica que, para la mayor parte de las categorías, los criterios diagnósticos se basan en un juicio clínico (es decir, el que diagnostica está implicado en la operación, su deseo está en juego[v]), y advierte que no han sido aún completamente validados a través de datos tales como evolución clínica, resultado, historia familiar y respuesta al tratamiento. Realizar un diagnóstico *DSM* –sostiene– representa tan solo un paso inicial en una evaluación exhaustiva, ya que la información adicional resulta invariablemente necesaria.

No obstante, estas advertencias -formuladas por alguien de la autoridad académica de la Dra. Andreasen- son sistemática y cotidianamente desoídas. Los diagnósticos actuales, en especial los de las corrientes de las TCC[vi], consisten en entrevistas estandarizadas y en la aplicación de cuestionarios que el sujeto debe responder. Tales cuestionarios no son completados por el profesional que establece el diagnóstico sino –en el caso de los niños- por sus padres y educadores, armando de este modo verdaderos “equipos de diagnosticadores”. Por otra parte, los diagnósticos *DSM* consisten en la descripción de un trastorno acompañada de una serie de criterios que enumeran los síntomas que los definen, cuántos tienen que estar presentes y qué duración deben tener. Se trata, entonces, de una clasificación de las personas según los criterios de evaluación.

Otra psiquiatra, Elena Levy Yeyati, es a su vez psicoanalista. En su tesis de doctorado en medicina[vii] realiza una extensa enumeración de las dificultades del diagnóstico con el *DSM*, en su aproximación descriptiva, atórica y sindrónica: estudia el descontento con el *DSM V*: “la polémica en torno a sus metas, el intento (fallido) de producir un ‘desplazamiento paradigmático’, la pobreza clínica y semiológica de la nueva versión del manual, el ansia expansionista de cada grupo de trabajo, la reificación de las entidades y los factores exteriores a los criterios de cientificidad pero que impactan fuertemente a la hora de su diseño: financiamiento, protocolo,

entes reguladores, industria farmacéutica, seguros de salud, políticas editoriales, etc.”.

Es en este punto en que comenzamos a respondernos la pregunta formulada antes: ¿Se trata solo de que las buenas intenciones no producen los efectos esperados, solo de consecuencias imprevistas? ¿O están en juego otras consideraciones? Porque advertimos que no nos hallamos únicamente ante un debate acerca de los diagnósticos, ante una discusión exclusivamente terminológica. En el ADD o ADHD[viii], por ejemplo, están en juego, por un lado, una ideología sobre lo que se espera de un niño en nuestro mundo de hoy y, por el otro, intereses del mercado, tanto de los laboratorios como de aquellos que conducen tratamientos cognitivistas basados en estudios neurológicos.

Levy Yeyati se pregunta si los trastornos mentales son categorías conformadas por convenciones sociales o esencias biológicas, naturales o artificiales, atemporales o históricas. Si tienen propiedades inherentes o se distinguen entre sí por razones prácticas. El factor de la historicidad es importante: como ejemplo podemos recordar que la homosexualidad dejó de ser “enfermedad mental” recién en 1977. Por otra parte, asistimos a verdaderas modas diagnósticas infantiles, a inquietantes epidemias escolares: en los 90 el ADD, remozado luego como ADHD. Y actualmente el autismo, el TGD. Sin olvidar el *bullying*, nombre pseudocientífico actual para la vieja violencia estudiantil.

La reificación es uno de los problemas más importantes en la psiquiatría actual. “Reificar” es, según Whitehead[ix] (1925) “aplicar la falacia de la concretización fuera de lugar”, ver erróneamente los resultados de abstracciones lógicas como realidades duras, confundir un concepto u opinión abstractos acerca del modo en que las cosas son, con una realidad física o concreta. Lo que resulta habitual es que se desconozcan las advertencias que figuran en el manual *DSM*, concibiendo la categoría como una clase biológica bien delimitada.

¿Qué datos figuran acerca de los niños en la tesis de Levy Yeyati? Que también la categoría de estrés postraumático les aplica. En el *DSM V* los trastornos mentales fueron extendidos hasta comprender a niños muy pequeños. “Los autores que trabajaron en la revisión del TEPT (trastorno de estrés postraumático) para el *DSM V* asumen que las manifestaciones difieren pero que los criterios subyacentes son los mismos, lo que justifica la introducción de un subtipo relativo a la edad. Los criterios propuestos para el diagnóstico de TEPT en niños menores de 6 años resultan prácticamente idénticos a los de los adultos.” (TEPT Preescolar).

El tercer psiquiatra que consideraremos aquí es alguien que- como Andreasen- ha participado de la confección del manual *DSM*, en su función preeminente de Presidente del Comité Elaborador del *DSM IV*. Allen Frances, estadounidense, al igual que Andreasen, se encuentra actualmente denunciando los peligros que conlleva la confección de diagnósticos a través de un uso exclusivo y excluyente del manual[x]. Resulta sorprendente que a pesar de su nombre (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) Frances afirme que no se sabe a ciencia cierta lo que tal cosa es: “Al evaluar a una persona determinada, carecemos de una definición general de trastorno mental que nos ayude a decidir si es normal o no; si está loca o es mala.”

¿Qué tiene Frances para decir acerca de la medicalización de los niños? En una crítica a su propio trabajo de redactor del manual sostiene que “no fuimos capaces de predecir ni prevenir tres nuevas falsas epidemias de trastornos mentales infantiles: autismo, déficit de atención y trastorno bipolar infantil. Además, no hicimos nada por frenar la creciente inflación diagnóstica que ya estaba extendiendo los límites de la psiquiatría más allá de sus competencias. Si un *DSM IV* prudente y, en general, bien hecho, probablemente había causado más perjuicios que beneficios, ¿qué efectos

negativos no iba a provocar un descuidado DSM V impulsado por su grandilocuente y quijotesca ambición de ser ‘un cambio de paradigma’?” Se trata de las consecuencias inesperadas, indeseadas de las que habla Andreasen.

Frances explica que cuando el mercado adulto parece saturado, las empresas farmacéuticas expanden el perfil demográfico de sus clientes dirigiendo sus productos a los niños. Y si bien reduce el papel del *DSM IV*– al que considera solo una de las múltiples causas de lo que él denomina “inflación diagnóstica”– dice lamentar el efecto que tuvo la publicación del manual: “Durante los últimos 15 años ha habido cuatro epidemias fulminantes de trastornos mentales. El trastorno bipolar infantil aumentó increíblemente 40 veces, el autismo la friolera de 20 veces, el déficit de atención con hiperactividad se ha triplicado, y el trastorno bipolar adulto se ha multiplicado por dos.”

Al igual que Levy Yeyati, dentro de la multicausalidad de estas “burbujas diagnósticas hinchadas”, Frances ubica los siguientes factores: el motor principal, el marketing de la industria farmacéutica (en los E.E.U.U. está permitida la publicidad directa a los consumidores); los “falsos profetas” que lideran la opinión con el prestigio de proceder de Harvard; la polimedicación y la automedicación; la política financiera, las asociaciones de defensa al consumidor, los intereses editoriales, el sistema escolar, los donativos de las farmacéuticas a los políticos en campaña, las condiciones laborales de los médicos de atención primaria, etc.

Es así que en uno de los capítulos de su libro incluye una docena de formas de frenar la industria farmacéutica: acabar con la publicidad directa al consumidor en televisión, revistas e Internet; acabar con las fiestas, regalos, cenas promocionales y formación médica a doctores y estudiantes promovidas por la industria farmacéutica; acabar con el apoyo financiero a las organizaciones médicas profesionales; acabar con los visitantes médicos y las muestras gratuitas; mayores multas y sanciones penales por actividades ilícitas de las empresas farmacéuticas; acabar con las campañas de concientización de enfermedades y las aportaciones ilimitadas y secretas a los políticos, entre otras.

En cuanto al papel de las escuelas sostiene que sería mejor que las decisiones escolares no estuviesen tan estrechamente vinculadas a un diagnóstico psiquiátrico desarrollado originalmente con fines clínicos, no educativos: “Las prestaciones académicas deberían basarse en necesidades académicas, no en un diagnóstico psiquiátrico”.

Resulta relevante la siguiente afirmación de Frances, que desnuda el truco: “Aunque hemos aprendido mucho sobre el funcionamiento del cerebro, todavía no hemos descubierto la manera de trasladar la ciencia básica a la psiquiatría clínica.” Esto implica que aquellos que desconocen esta última afirmación dan un salto conceptual no justificado, hacen una aplicación grosera de las investigaciones de las neurociencias a la clínica.

Germán García, psicoanalista y escritor, lo dice así: “Representarse las cosas en términos de inteligencia artificial y de neurociencia no orienta la investigación terapéutica que se realiza a partir de interrogatorios verbales, cuestionarios y tareas que se imponen”[xi]. Interrogado acerca del ADD[xii], sostiene que no se trata de negar la existencia del fenómeno y realiza una crítica no solo a las posiciones biologists y a los tratamientos cognitivo-conductuales sino también a los propios psicoanalistas: “¿Tenemos confianza en que la población actual de psicoanalistas esté a la altura de lo que el psicoanálisis podría hacer?” Y estar a la altura implica, para él, tratar el discurso amo[xiii] manteniéndose a una distancia irónica de él, desplazar los temas, invertirlos, llevándolos

al campo de representaciones en que uno actúa.

Asistiríamos en la época actual a un fracaso de las técnicas conductistas que lleva a una alianza con la medicación, con la finalidad de una adaptación al medio familiar y escolar sin sufrimiento. García advierte que, en ocasiones, puede ser también el caso de algún psicoanálisis: “lo argumente con la singularidad del niño o lo argumente con una teoría médica, termina en una teoría de adaptación a la sociedad.” Y ubica el problema de fondo a nivel del universal, en el sentido del universo de discurso. Propone como interrogante: “¿Qué es lo que está ocurriendo para que haya que tener semejante aparato tan complejo para criar a un niño?”. Siguiendo a Jacques Lacan[xiv], García sostiene que es la mala conciencia de la sociedad la que desplazó las teorías del castigo a la corrección. Y que lo sucedido en criminología ha sucedido también en pedagogía: “no te castigo, te corrijo”. He aquí una provocadora afirmación: “La hiperactividad del Marqués de Sade se trataba con la cárcel, la de los niños del siglo XIX, con la flagelación-según lo usual en los colegios ingleses, pero no solamente allí- la de los niños actuales se intenta tratar con Ritalina y/o vaselina terapéutica de cualquier tipo”.

En el libro publicado[xv] a partir del dictado de su curso del período 2012-2013 en el Colegio Clínico de París, Colette Soler reflexiona acerca de “lo que queda de la infancia” en el adulto. En lo que respecta al Otro de nuestra época, y en todo de acuerdo con la paridad de derechos hombre-mujer, no obstante la ubica -a la supuesta paridad- como una verdadera subversión social que se traduce en el derecho haciendo aparecer problemas inéditos: “¿Pero acaso los estragos del niño generalizado, con lo que eso implica con respecto de las disparidades clásicas entre la autoridad del adulto y el niño obediente, pero también entre profesores y alumnos, o sea el final de su jerarquía, no se percibe en lo que se comienza a lamentar del niño que no solo es indomable sino a veces tirano, en las familias o en las escuelas?” Para Soler el lazo social incluye siempre una violencia, solo que le impone un orden y la paridad de las masas no suprime la violencia sino que simplemente las desregula.

Soler subraya cuál es la pareja del niño tirano: el niño violentado por los adultos confrontados a su impotencia educativa. Y, en esta autora también se ubica la reflexión concerniente al síntoma de nuestra época: “actualmente las hipótesis organicistas de determinación por los aparatos del cuerpo (cerebro, genes, hormonas, etc.) obstaculizan la subjetivación del síntoma.” Y explica que en el discurso del individualismo igualitario, el mensaje de igualdad de derechos para cada uno, eso se traduce como *a cada quien su modalidad de goce*, no hay ninguna que valga más que otra y entonces la noción misma de síntoma se diluye.

Para el psicoanálisis se trata más bien del niño como juguete erótico freudiano, del lugar que el niño ocupa en la economía libidinal de sus padres, del niño como presencia inquietante. El síntoma del niño responde por lo que hay de sintomático en la estructura familiar representando lo que hay de verdad en la pareja parental[xvi]. En especial, por ejemplo, cuando es hiperactivo, cuando es disruptivo y no responde a los requerimientos escolares y familiares. Los sufrimientos del niño no son “internos” solamente, sino que son producidos por el rechazo que su hiperactividad genera. El problema está, entonces, en el sufrimiento, en el *sinthome*.

El psicoanálisis enseña que el sujeto del inconsciente y la pulsión son el resultado de cómo un determinado organismo fue tomado, fue recibido en el lenguaje. Y no se esfuerza en acallar al síntoma de inmediato ya que no se trata de lograr una rápida y eficiente vuelta a la normalidad, ni de prestamente silenciar su protesta. Porque el síntoma es aquello de lo que nos valemos en un análisis. Pero no tal como está, en bruto, sino de un síntoma analítico. Es decir, se debe trabajar en

“la puesta en forma del síntoma[xvii]” que implica la instalación de la transferencia (aquel que diagnostica no se encuentra por fuera, su deseo está en juego, deseo sin el cual la entrada en análisis no se produciría). Está hecho de dos caras: una cara significativa y una cara de goce. La cara significativa es una estofa hecha de palabras. La cara de goce, es la satisfacción en juego. Satisfacción paradójica, en términos freudianos, satisfacción “más allá del principio de placer”: es un padecimiento. Pero también una solución. Es la mejor respuesta que cada uno ha podido encontrar para enfrentar las dificultades de la vida.

Como enseña Enrique Acuña en relación a la función diagnóstica[xviii], la construcción del caso clínico en psicoanálisis supone una hipótesis de la causa del caso, una causa que no es biológica. Una causa que supone al “objeto a” lacaniano. Tal objeto no se encuentra en el saber referencial, “es lo que estructura (al psicoanálisis mismo) como ciencia de una falla en la medida en que ese objeto falta en la formalización científica”. Y ahí reside la diferencia irreductible entre las terapéuticas, la psiquiatría, la neurología por un lado y el psicoanálisis por otro a la hora de abordar el síntoma de un niño.

This entry was posted on Wednesday, July 15th, 2015 at 12:28 am and is filed under [3, Síntomas](#). You can follow any responses to this entry through the [Comments \(RSS\)](#) feed. Responses are currently closed, but you can [trackback](#) from your own site.