

RE-PENSANDO EL TDAH

Autor: Andrés Sampayo Salgueiro

Asociación de pertenencia: Gradiva, Asociación de Psicoanálisis Aplicado

**Resumen :**

*La infancia constituye un fenómeno relacional y diverso que se construye histórica y socialmente. Las representaciones de un determinado modelo de niñez "normal" están inevitablemente ligadas a la construcción de diagnósticos como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). No deja de ser curioso que si bien una gran parte de la literatura científica alude a una razón orgánica para su justificación, el diagnóstico es formulado en función de una serie de comportamientos que se alejan de una determinada normalidad, y no en base a marcadores genéticos o biológicos. El TDAH se nos muestra, de este modo, como una categoría que conceptualiza a sujetos cuyas conductas no son socialmente aceptadas. El presente trabajo, tras ciertas reflexiones sobre el trastorno desde una óptica abierta a la filosofía, la literatura y el psicoanálisis, plantea un caso práctico, desarrollado a modo de tragedia griega, mostrando otra manera de acercarse a los pacientes que nos derivan con este diagnóstico. A su vez, cuestionamos algunos enfoques hegemónicos en el tratamiento. Proponemos, como alternativa, un abordaje en el que prime la reflexión y la mentalización.*

Palabras clave: Mentalización, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Tragedia griega

## Introducción

Desde hace años asistimos a un discurso hegemónico que considera, a pesar de la ausencia de pruebas al respecto, que los trastornos mentales son entidades naturales de base biológica que pueden ser entendidas y tratadas (con fármacos) sin atender a la subjetividad y a la interacción del sujeto con el medio.

El presente trabajo intenta plantear algunas alternativas a lo que hoy en día llamamos Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Esta propuesta no significa trivializar ni minusvalorar la gravedad del problema, ni tampoco negar absurdamente la existencia de un determinado síndrome.

El TDAH, a través del empirismo, la investigación científica y la costumbre, ha sido llevado al ámbito de la enfermedad, incidiendo una y otra vez en un supuesto origen genético. Sin embargo comprobamos que carece de los elementos constitutivos que permiten identificarlo como una enfermedad genética o natural, apreciable por la neurofisiopatología, o por una lesión cerebral evidenciada por la anatomía patológica. Es obvio que si así fuera, el diagnóstico del TDAH se haría mediante una combinación de pruebas genéticas, marcadores biológicos y neuroimagen, y no a través de los criterios de las clasificaciones de los trastornos mentales DSM o CIE, que se basan en la conducta.

Sin embargo, la fuerza de la costumbre y un método científico defectuosamente aplicado mantienen un *statu quo* inamovible. Sabemos que el método científico es, en esencia, un método crítico: cuando se aplica correctamente, cuestiona todos los hallazgos hasta que son confirmados de manera irrefutable por todos los investigadores, y lo que aquí se pone de manifiesto, pese a quien le pese, es que no hay unanimidad en los hallazgos. No hay pruebas inequívocas de que sea una enfermedad natural.

No son nuevos los argumentos falaces contruidos sobre la premisa de que si un medicamento alivia síntomas es porque hay una enfermedad de base. Es decir, si los psicoestimulantes que se prescriben a los niños con conducta TDAH hacen que estos mejoren, será porque en su cerebro hay un defecto que los psicoestimulantes reparan.

Una vez aceptados los presupuestos falaces, la ciencia trabaja denodada y empecinadamente para encontrar el defecto, con la convicción obstinada de que ahí está aunque no esté por ningún lado. Es cuestión de tiempo y de recursos acabar dando con él. Pero en el caso del TDAH nadie sabe cuánto tiempo ni cuántos recursos. Además, hay motivos para dudar de que se esté buscando en el sitio adecuado. El reciente escándalo sobre el artículo sesgado (por no utilizar otra palabra) sobre la etiopatología del Alzheimer, a partir del cual se han desarrollado cientos de estudios e invertido (¿tirado?) miles de dólares no debería pasar desapercibido para el tema que nos ocupa. Podríamos señalar algo similar con el reciente artículo de Horowitz y Moncrieff que, tras revisar la literatura científica al respecto, cuestiona ampliamente esa idea tan extendida de que la depresión tiene su origen en un desequilibrio serotoninérgico.

¿Y entretanto?, ¿tenemos que seguir inevitablemente considerando al TDAH una enfermedad y tratando a los niños como enfermos? Mi propuesta es suspender este empeño, desprenderse de la tela de datos (la sobreabundancia de datos no es sinónimo de conocimiento) y plantear el tema desde un lugar diferente: una visión literaria, filosófica y social, que permita acercarse al TDAH desde otro ángulo.

Elijo reivindicar la filosofía como recurso de conocimiento, con un planteamiento que pretende persuadir, no demostrar. Filosofía y ciencia constituían antaño una sola ocupación; con la revolución científica, siguieron caminos divergentes (podemos decir que la ciencia se olvidó de la filosofía). Con el método científico, las ciencias naturales adquirieron un

desarrollo extraordinario. La medicina como técnica que se nutre de las ciencias biológicas progresó de modo extraordinario. La psiquiatría, como especialidad médica, confiaba en seguir ese camino, pero se encuentra con que las conductas patológicas del ser humano no se circunscriben a alteraciones orgánicas, sino que se refieren también a conflictos personales y de relación del sujeto con el medio.

Cualquier proceso mental presupone alguna modificación en el organismo, puesto que somos materia, pero ese mismo acto es conducta y, como tal, significante. En consecuencia, si queremos retratar dicho proceso aparte de la naturaleza del acto, tenemos que interpretar su sentido, significación y propósito.

Esta es mi propuesta, usemos la filosofía y la tragedia griega para superar determinado *statu quo* y veamos el TDAH desde otro ángulo distinto del biológico: como una conducta con sentido.

## ORÍGENES DE LA TRAGEDIA

Me gustaría empezar con unos breves apuntes sobre la tragedia griega, tan presente en el antiguo psicoanálisis, y tan olvidada hoy en día entre los psicoterapeutas.

La tragedia tiene un origen independiente del mito, aún cuando ésta y me refiero a la época de Pericles en Grecia, dio al mito su forma más expresiva. La tragedia proviene en un principio de un rito, “ditirambo” destinado al dios más oscuro de los griegos, Dionisos, dios de la vegetación, de la fertilidad, de la música, el dispensador del elemento vegetal, cuya donación contravenía la ética griega del trabajo. De rostro inmutable y numerosas facetas, resplandecía cuando no se anunciaba y tenía como característica que su inclusión en la institucionalidad no lograba domeñar el desorden que producía. Representaba lo que podía

escapar a la razón. Arión de Lesbos en el 600 A.C. compuso ditirambos en Corinto, que eran cantados por un coro de cincuenta personas que se disfrazaban de chivos (trágikos chorós) y representaban el cortejo del dios. De allí que el ditirambo vino a llamarse “Tragoodía” o canto de los chivos. En las pausas, el director del coro cantaba o recitaba alguna aventura del dios. El paso del ditirambo a la tragedia se produce cuando el exarca es reemplazado por el “Hypocrites”-el que lleva la máscara. Hacia el año 530 A.C. Tespis de Icara introduce en la acción dramática un actor, el cual conversaba con el director del coro. Se lo llamó “el que contesta”. Se produce allí una separación, el actor separado de su origen del tragikos chorós, del ditirambo, que deja de cantar y comienza a hablar. El héroe trágico nace de esta separación de la música sagrada en honor a ese dios oscuro, irracional, indomesticable. Con Esquilo los historiadores consideran que se funda decididamente la tragedia, cuando incluye en la obra el segundo actor, empezando a disminuir la importancia del coro y trasladando al diálogo el interés de la obra. Aparecen en primer plano la grandeza, la preocupación por la vida humana, así como audacias y sentencias sorprendentes. Con Sófocles (495 A.C.-405 A.C.) surge la introducción del tercer actor, la innovación en las decoraciones y una característica de estilo, la llamada “ ironía dramática” que en el conocido drama de Edipo encuentra su más notable expresión cuando la situación supuesta es diferente de la real. Con Eurípides, el tercer dramaturgo de la tríada de autores de tragedias griegas, comienza un período de decadencia. No duda en romper con tradiciones en el tratamiento de los mitos y utiliza el “prólogo” para dar un esquema general del drama, recurriendo a una deidad para provocar el desenlace de la trama dramática.

La tragedia como género literario posee una estructura, consiste por lo común en cinco actos, divididos por cuatro odas corales. Ofrece una concatenación de los hechos desde el comienzo hasta el final. ¿Y qué hace Freud, el padre del psicoanálisis?, pues en su correspondencia con

su amigo Fliess, analiza sus propias vivencias infantiles a partir de Edipo Rey, y en su práctica clínica funda el resorte de la transferencia que define en 1914 como la palestra, cuyo origen griego nos remite a la hija de Mercurio o de Hércules; a su vez el término es también conocido como el lugar público donde se celebran ejercicios literarios. En transferencia, la tragedia de cada paciente y su mito individual, lo indefectible del destino será interrogado. Lo que el paciente trae como una cuestión de designio, como fatalidad ineludible será cuestionada hasta la constitución del mito mismo, una ficción que obtura la falta, la pérdida. La tragedia en la cura analítica es la repetición de un designio, como el mito, excesivamente justificado e indiscutible, y que nosotros nos permitimos interrogar.

### **Partes de la tragedia griega**

Aristóteles en su Poética señala que la tragedia se divide en prólogo, párodos, episodios, estásimos y éxodo.

En unas pocas líneas y casi a modo de esquema, señalaremos que:

El Prólogo precede a la entrada del coro y sirve para contextualizar los hechos. Se le informa al espectador sobre la razón del castigo que va a recibir el héroe.

Párodos son los cantos a cargo del coro.

En los Episodios se establece un diálogo entre el coro y los personajes o entre los propios personajes; es la parte más importante por ser la dramática por excelencia y expresa el pensamiento e ideas del personaje. Dentro de los episodios se pueden encontrar los pasajes en los que el protagonista sufre.

Estásimos es la parte lírica-dramática donde el autor expresa sus ideas políticas, filosóficas, religiosas, etc. Los episodios son siempre separados por los estásimos. Estos mismos pueden estar divididos en estrofas y antiestrofas, las cuales son siempre pronunciadas por el coro.

Éxodo: es la parte final de la tragedia, hay cantos líricos y dramáticos, el héroe reconoce su error y es castigado (a veces con la muerte) por los dioses. Es aquí donde aparece la enseñanza moral.

Con este esquema en mente, pasemos ahora al caso práctico:

### **Prólogo**

F., de 21 años de edad, pelo largo, aspecto descuidado, más bien obeso, se presenta en mi consulta tras ser derivado por su psiquiatra con un diagnóstico de TDAH, con una pauta farmacológica de Rubifen 20 mg. Estudia el grado de Física, lleva dos años en primero y aunque dice que le apasiona, no consigue aprobar prácticamente ninguna materia. Según cuenta, no es capaz de centrarse en un examen en concreto y prepararlo. Salta de asignatura en asignatura, atraído por la repercusión académica que tenga la materia, en función a su vez de lo que oye o se imagina. Textualmente me pide que le “ayude a centrarse, y a aprobar, y de paso a vivir”. Le insto a que me cuente un poco más sobre este problema y es entonces cuando F. me revela que duda de si ha elegido la carrera porque realmente quiere hacerla o si está en ella para satisfacer a su madre. Ella le ha repetido desde pequeño que él está aquí para disfrutar de la vida, no como en su caso, que no conoció más que el sufrimiento, hasta que llevo él “a salvarla”. Sobre su padre refiere que ha tenido (y aún tiene) graves problemas de



alcoholismo, y que no se habla con él. Se limita a beber en el sofá del salón mientras observa la televisión. Así lo recuerda desde niño, ausente y borracho. Tiene una hermana pequeña, cinco años menor, con síndrome de Down. Su mirada se hunde y sus ojos se humedecen al recordar los intentos de suicidio de su madre, que él sepa al menos en dos ocasiones; la primera vez a sus ocho años de edad y la segunda con doce. La recuerda en la cama inconsciente, rodeada de cajas de medicación, intentando, en vano, despertarla; su llanto desesperado, sus gritos, y al otro lado únicamente el silencio. Un silencio insoportable, dice; un silencio imposible de pensar, pienso yo.

### **Párodos (diagnóstico)**

Le diagnosticaron TDAH y Trastorno Disocial tras una serie de problemas en el colegio (llegar tarde habitualmente, no atender en clase, orinarse, pegarse con compañeros...). El departamento de orientación le pasó una serie de cuestionarios e instrumentos evaluativos que señalaban la sospecha de que el chico en cuestión pertenecía a alguna de las casillas estrella del DSM. Lo derivaron al psiquiatra y éste, ya sin más pruebas, lo confirmó con su pauta farmacológica. No fue la medicación, sin embargo, lo que recuerda como punto de inflexión, sino el cruzarse, en su periplo académico, con la profesora C. Por primera vez, cuenta F, alguien se interesaba por él, por sus problemas en casa, por sus gustos, su pasión por los videojuegos, la música heavy y el anime... Más allá del horario escolar, C. se quedaba a su lado en clase, le ponía tareas y al día siguiente comprobaba su realización, le establecía límites y a la vez le mostraba afecto. Alguien le escuchaba y despertaba en él la curiosidad por el conocimiento. Logró acabar la secundaria y el bachillerato. Su madre y el centro escolar otorgaron (como suele ser habitual) el mérito a los milagros de la química envasada: “finalmente dimos con los fármacos que necesitabas”.

### **Episodios y Estásimos (desarrollo teórico-práctico)**

A nivel teórico, y más allá del DSM o CIE, he querido plantear en este trabajo, basándome en los escritos sobre la Clínica del Vacío de Massimo Recalcati, una forma diferente de pensar el cuadro sintomático del TDAH; como expresión de dos estructuras: neurótica y psicótica.

La neurótica entendería esa inquietud, ese trajín constante y esa falta de atención como una defensa ante la invasión-seducción abusiva del niño por parte del adulto, de modo que el niño descargaría así la irrupción de lo pulsional que lo sobrepasa como algo traumático, de los deseos incestuosos del otro, en puro acto constante, frustrando (y dando continuidad) a la pretendida seducción-invasión. El síntoma desempeñaría aquí la función de castración, como un signo de amor que se demanda del otro, entendiendo el amor como la entrega de lo que no se tiene, de una carencia, de una falta. La interdicción de un tercero sobre el goce abusivo de la madre sobre el niño por medio de la reubicación del deseo, bien en un trabajo que resulte reconfortante, bien en otro familiar, o en una pareja... podría liberar al niño de ese goce caótico insoportable del cual huye constantemente, como pollo sin cabeza. Se podría metaforizar con el conocido ejemplo de Lacan de la madre cocodrilo que lleva a su cría entre sus mandíbulas, provocando una inquietud y un pánico innombrable, y que necesita que sus fauces sean sujetadas/separadas (no vaya a ser que le dé por cerrarse) permitiendo a la cría salir de ese lugar. Esa inquietud y esa inatención, defensivas en cuanto función de distancia y también posiblemente puro goce del niño, tendrán que ser limitadas y simbolizadas. El goce, como digo, también del niño con su acto, con su trajín constante, debe tener un tope, un dique, debe ser significantizado, apalabrado. Creo que es posible establecer aquí un puente de unión entre dos enfoques aparentemente distantes como son la teoría lacaniana y la mentalización, más cercana al pensamiento de Rosenfeld, incluso al de Bion y al

psicoanálisis inglés. El apalabramiento lo podemos entender desde una perspectiva de mentalización de la conducta hiperactiva e inatenta del niño, como indicador de un estado mental y de unas circunstancias particulares, en contraposición a la habitual y no mentalizadora respuesta del enfoque organicista, paradigma de utilización en los servicios públicos, al menos en nuestra comunidad autónoma: a la vez que le digo que se esté quieto, que se pare y reflexione, yo tampoco me estoy quieto, siento la urgencia de actuar y le doy cuanto antes su metaanfetamina. Modos teleológicos “de respuestas rápidas”, acción como causa y acción como respuesta.

F, se compara, en algunas sesiones, con un toro que embiste sin control lo que se ponga por delante. Dice que le gusta ver como los toros atrapan y desgarran a los toreros. Aún siendo un espectáculo y una cultura que me resulta ajena, intento desarrollar su comparación elaborando esa escena de la madre-torero, que busca y seduce incesantemente con su capa roja al toro, una y otra vez, clavando sus banderillas (de goce) en el cuerpo desquiciado del niño. El público se cansa del espectáculo, abuchea al toro. El entorno se cansa del niño, lo regañan y maldicen de modos más o menos sutiles. También se silba al torero. La madre se siente juzgada, culpable. Ambos son asistidos por el rejoneador, que desde su caballo coloca sobre el torso del animal adornos anclados a su piel con una cuchilla. Los médicos entran y pautan su metilfenidato, que también, como una cuchilla, se agarra a los circuitos dopaminérgicos del cerebro del niño.

La estructura psicótica nos permite entender esos casos que parecen haber sido atrapados por las mandíbulas del cocodrilo, sin interdicción posible, sin metáfora paterna, sin tercero, sin Otro. Cuando se habla de la epidemia de TDAH no es infrecuente escuchar la típica frase de que, antes, esas conductas se corregían con un par de buenos azotes o un par de gritos, y al

chaval en cuestión se le quitaba el trajín y la tontería. En muchos de los pacientes que vemos con esta problemática uno tiene claro que no servirían de nada esas antiguas recetas contra el mal comportamiento. Pero más allá de entrar en la idoneidad o no de este tipo de remedio, lo que se trata de señalar aquí es que ese azote o ese grito, en este tipo de estructura, no sirve, porque no toma el lugar de un referente, de significativo amo, de S1, porque precisamente el paciente excluye al Otro, no existe para él, lo ha forcluido. Esa persona que le ordena, que le grita, que le arremete, no es su padre en el sentido del “Nombre del Padre”, de la función paterna, y si aparece (reaparece) será más bien como elemento persecutorio. Qué puede hacer el niño (y el futuro adulto) sino correr sin parar, una huida sin tregua de una madre invasiva incestuosa y de un padre que persigue y acecha...

### **Éxodo**

F continuó viniendo semanalmente, trabajamos aspectos básicos de mentalización, entender y modificar modelos teleológicos (no siempre hay que hacer algo), ayudar a pensar lo impensable, los elementos beta sin función alfa de Bion, la descarga motora, lo somático, lo corporalizado, elaborando y reelaborando una y otra vez distintos pasajes de su historia, marcados por esa sensación de estar atrapado en el goce incestuoso de la madre, siendo él una especie de extensión de ella (su falo) y con el mandato implícito de seguir siéndolo eternamente para hacerla feliz. Consigue salir de esa posición, deja la carrera y pasa a estudiar un ciclo de informática que acaba fácilmente. Se empieza a presentar y representar como un eficaz y brillante informático. Sus buenas calificaciones le permiten hacer las prácticas en una empresa de otro país, que elige también en cierto modo para huir de su familia. En la despedida me regala un dibujo suyo en un bonito marco de plata, y me dice que le gustaría que lo ponga en mi estantería, para que no me olvide de él, para tenerlo presente. La imagen nos muestra a él y a mí, en una sesión de psicoterapia, bajo la atenta y escrutadora

mirada de Sigmund Freud desde un cuadro que preside el consultorio. Durante dos años seguimos comunicándonos por e-mail. Me escribe y me cuenta que acabó las prácticas y que ha decidido quedarse a vivir en ese país. Ha conseguido trabajo en la empresa y se muestra exultante. Las dificultades aparecen en el ámbito afectivo sentimental. Me cuenta con dolor y rabia que es rechazado por las chicas que le gustan. Tras varias experiencias fallidas me escribe diciendo que odia a todas las mujeres y que no volverá a acercarse a ninguna jamás. Me reprocha el no haberle enseñado a ligar. Tras varios meses sin contactar me escribe un último e-mail, antes de perder finalmente el contacto, en el me dice que servicios sociales le ha retirado la custodia de su hermana minusválida a sus padres. Al parecer, la policía había encontrado a su madre y hermana aterrorizadas en una habitación de casa, a oscuras, llenas de heces y vómitos. El padre las había encerrado allí. Me dice que, tras este episodio, su madre estuvo ingresada unos meses en una unidad de psicogeriatría, pero que ahora se ha marchado por propia voluntad y vive en un albergue. De su padre no sabe (o no quiere saber) nada. También me cuenta que intentó contactar con la profesora C. y no obtuvo respuesta. Refiere estar muy angustiado, obsesionado con temas “que no puede contar”. Refiere como últimas palabras que quizás debería de quitarse de en medio. Lo llamo. No contesta. Insisto. Me bloquea. Y otra vez queda, en este caso para mí, únicamente el silencio. Un silencio imposible de pensar.

#### POSTDATA:

Podría parecer que he escrito un texto que se boicotea a sí mismo. Podríamos entrar en un debate interpretativo sobre las posiciones e identificaciones que se van desplazando entre el terapeuta y el paciente... Podríamos decir que todo el relato, el sentido creado en la articulación significativa no deja de ser una ficción que obtura la falta, la pérdida. Habíamos

señalado que la tragedia en la cura analítica “es la repetición de un designio, como el mito, excesivamente justificado e indiscutible”, y podríamos preguntarnos si nosotros nos hemos permitido interrogarlo o si hemos contribuido a su repetición... Desde luego un final de este tipo no ayuda a mostrar “evidencias” sobre la efectividad del enfoque propuesto. A veces nos quedamos con malas sensaciones con los pacientes tras un final abrupto o un incidente inesperado. En muchas ocasiones no volvemos a saber de ellos y nos quedamos con muchas dudas y preguntas. No fue exactamente así en este caso. Dos años después de esa última comunicación éste es el email que recibí de su parte (omitiendo algunos datos para preservar el anonimato):

“Hola A.! Cómo te va? Siento haber estado ausente todo este tiempo. Me va bien, encontré un trabajo en X y ya soy fijo. Trabajo para X Cloud Databases como SRE. Boto de menos a patria galega, pero eche o que hai.

Estoy intentando comer mejor y hacer más ejercicio. Siento algo más de control de mi mismo, aunque cambiar hábitos es complicado y me cuesta la constancia. Intento persistir aunque sea a lo cutre.

Con mis padres ya casi no me hablo. Bueno, con mi padre no hablo desde hace años. A mi madre la estoy ignorando lo que puedo (se ha echado novio así que la aguante él). Estar fuera de ese círculo me mantiene en paz...

En fin, espero que todo vaya bien por allá. Estuve en silencio porque necesitaba pensar y enfrentarme al dolor... “No siempre hay que decir o hacer algo”, ¿no? Hahaha.

Quiero demostrarme a mí mismo que puedo cuidarme, que puedo vivir.

Un abrazo.”

## CONCLUSIONES

Cuando F. vino a verme por primera vez, ya había pasado previamente por un ejército de individuos de bata blanca que le habían revelado la Verdad de sus problemas. Afortunadamente esa verdad no encajaba del todo en su mente y buscó otras respuestas (o más bien otras preguntas). Encontró que esa verdad que le habían contado es la misma que justifica en la práctica clínica el gran negocio para las grandes corporaciones farmacéuticas, con las posibilidades de multiplicarlo en el futuro mediante la necesidad de usar durante toda la vida la "psicofarmacología de la vida cotidiana". Creo que la industria de la IA colabora amablemente contribuyendo a una ilusión de omnipotencia y saber absoluto que "sabe" qué tomar y qué cantidad, sustituyendo así al pobre médico humano que se equivoca y se fatiga con horarios insoportables. Pero la realidad, nos guste o no, es que si dejamos a un lado el éxito económico, los resultados sanitarios sobre la evolución de pacientes con este tipo de tratamientos se muestran más que dudosos, por no hablar de la parálisis de estudios independientes (recordemos que, como todas las clasificaciones "de consenso", la CIE y la DSM quedan determinadas por los expertos y grupos que participan en el "consenso"; ¿podría ser que los "consensuadores" sean escogidos por mostrarse favorables a la "psicofarmacologización de la vida cotidiana"?)

¿Nos atrevemos a decirle a las familias que si su hijo se muestra hiperactivo, va mal en el colegio, usa drogas o ha hecho un cuadro psicótico, puede que algo también tengan que ver en ello y algo tendrían que cambiar? ¿Nos atrevemos a cuestionar hoy en día la propia responsabilidad como sujetos? Cerrar las preguntas cuanto antes con una explicación biologicista o genética parece aliviarnos. Que determinado cuadro sintomático aparezca en determinadas familias no tiene que implicar siempre base genética, sino carga familiar. Y las familias, los seres humanos, tenemos unas dinámicas, unos patrones relacionales que inevitablemente condicionan nuestra psique. Si la familia, pero también el sistema social que

rodea a la familia ayudan a mentalizar y a contener (que también implica poner límites porque sin ellos no hay contención), y no a hacer algo cuanto antes, si se asume y se entiende la radical interdependencia con los demás, la falsedad neoliberal disfrazada de progresismo del autodeterminismo, y si dejamos de usar los dispositivos electrónicos como si fuesen los nuevos chupetes en niños (y adultos), quizás esta nueva gran epidemia de TDAH empiece a disminuir un poco.

Las consecuencias de mantener un problema (en este caso el TDAH) en el campo de la enfermedad son múltiples y peligrosas: el riesgo de transformar al yo-sujeto en un yo-neuroquímico exento de responsabilidad (F había asumido que era un conjunto de neuronas averiadas); la estigmatización de la enfermedad (me comporto así porque estoy enfermo); la conversión de los colegios en sanatorios donde, en lugar de educar para resolver problemas, se diagnostica y clasifica, logrando una homogeneización de las conductas bajo un patrón de normalidad que olvida su diversidad; el hecho de orientar la investigación hacia aspectos neurobiológicos, alejándola del estudio de los determinantes sociales, y, de este modo, hacer que pase desapercibida la contradicción entre la dinámica actual de la sociedad occidental y lo que pedimos a los niños (marcada por la hiperactividad y la evitación del aburrimiento a toda costa, y no por la atención sostenida, la demora de la recompensa o la estrategia reflexiva).

No debemos ni podemos obviar ni eludir nuestra responsabilidad como terapeutas en la manera en que podemos plantear y pensar (re-pensar) el trastorno mental, y sobre todo, a la persona que está detrás del mismo.



## REFERENCIAS

- Aristóteles (2002) *Poética*. Madrid. Ediciones Istmo
- Bion W (1965): *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento*. Buenos Aires: Centro editor de América latina, 1968. También en Valencia: Promo libro, 2001.
- Freud S (1914). Introducción del narcisismo. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud S ([1938] 1940): Esquema de psicoanálisis. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Klein M (1957): Envidia y gratitud. *Obras completas*. Barcelona: Paidós, 1988..
- Lacan J (1949): El estadio del espejo como formador de la función del yo. *Escritos 1*. México: Siglo XXI, 1976: 11-18.
- Lacan J (1958b): La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 1* México: Siglo XXI, 1976: 217-78.
- Lacan J (1962-63): *El Seminario. Libro 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Lacan J (1969-70): *El Seminario. Libro 17. El Reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Masotta O (1970): *Introducción a la lectura de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Corregidor.
- Moncrieff J., Horowitz M., (2022): Depression is probably not caused by a chemical imbalance in the brain.
- Recalcati M (2003): *La clínica del vacío*. Italia: SEPS: Síntesis
- Winnicott D (1958): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia

