

## LA INFANCIA COMO RECUERDO O COMO DISCAPACIDAD

por *Esteban Levin*

*La infancia no es como era o fue, sino como la recordamos. En realidad, ella, sus huellas nos recuerdan. Nos miran desde un lugar que al mismo tiempo que es nuestro, paradójicamente tenemos que olvidar para recuperarlo como memoria y causa de lo que vendrá. Cuando a un niño se lo diagnostica como un discapacitado, ese estigma puede anular todo recuerdo y queda fijado a una experiencia discapacitante. ¿Es posible en estos casos generar otra escena? La clave de la problemática de un niño no está nunca en un diagnóstico, en una discapacidad o en un pronóstico certero que desconoce la historia singular de ese sujeto. Por ejemplo: Leandro tiene 3 años. “Siempre llama la atención, no respeta las reglas ni en la casa ni en la escuela.*

Cuando no se le da lo que quiere puede pegar o tirarse al suelo hasta lograr su objetivo. Se pelea también con todos, no mide su fuerza. En la escuela nos sugirieron una consulta y medicarlo. Creen que es un niño bipolar o hiperquinético. Yo me fijé en internet – afirma la mamá – y puede ser eso, un síndrome disatencional (ADD) o bipolar (TBPI). Igual parece que es todo genético.”

Leandro tiene un hermano mayor, de 8 años, que es opuesto a él, tranquilo, inhibido, más bien pasa desapercibido. El padre afirma: “El más chico se impone en todo, parece el más grande, hasta en deportes se destaca más. No podemos ir a cenar afuera porque nunca está quieto. Tiene que ser el centro”. Los padres concluyen: “Queremos ayudar a nuestro hijo. Lo vemos tenso, enojado por todo. Está sufriendo mucho. También la escuela necesita ayuda, no saben bien como manejarlo. Es muy chiquito, no queremos medicarlo todavía, ¿qué podemos hacer?...”

Es posible desconocer la historia singular de Leandro, la demanda de los padres y de la escuela y tan solo darle un diagnóstico, la medicación y adecuar las conductas que son tomadas como déficits, síndromes o trastornos con la consiguiente medicalización, el método y la técnica a aplicar sin ninguna contemplación por la particularidad de la constitución de su singularidad.

Sin duda los avances científicos son fundamentales para la detección, la prevención y el diagnóstico durante el tiempo originario de la infancia. Sin embargo, uno de los problemas más acuciantes y preocupantes de los diagnósticos en la infancia es cuando se parte de la errónea idea de que un niño es igual que un adulto, y se lo cataloga, clasifica y medica como si esa diferencia no existiera. De hecho, si bien la psicopatología de los niños es diferente a la de los adultos, muchos criterios y clasificaciones son similares desconociendo la asimetría, tanto a nivel del desarrollo como de la constitución subjetiva.

Un niño no es nunca un adulto en pequeño o un pequeño adulto. Hay básicamente una relación de alteridad y diferencia entre el campo de la infancia y la adultez, diferencia en torno a la sexualidad (no nos olvidemos que el complejo de Edipo y todas sus consecuencias que se estructuran alrededor de la diferencia entre niños y adultos y entre hijos-padres), en torno al cuerpo, en torno al lugar de la responsabilidad por los actos y las realizaciones y por las implicancias de las diferencias generacionales.

La psicopatología de la infancia, encarnada en el Manual de Psiquiatría americano DSM, en sus distintas versiones equipara los problemas de los niños a la de los adultos, sin diferenciarlos, tanto en la clasificación como en la medicación correspondiente.

Desde estas posiciones, en el ejemplo que colocamos de Leandro, él es considerado un niño bipolar y puede ser medicado como un adulto con el Litio, que sin embargo no está indicado para ningún problema que pueda tener un niño. El Litio es una sustancia que se utiliza sólo en cuadros psiquiátricos de adultos, aunque la tendencia actual es hacerlo también, cada vez más con los más pequeños.

Como vemos, los mecanismos para medicar, controlar y dominar a los niños forman parte de un gran dispositivo de poder cuyos intereses económicos, políticos y sociales son parte del consumo global del mercado. Cualquier índice y signo de diferencia con la siempre supuesta "normalidad" entra dentro de algún trastorno psicopatológico determinado por el Manual de Psiquiatría DSM con la consiguiente medicación y terapia conductual.

Desde esta concepción, cualquier supuesta enfermedad de un niño puede ser enmarcada como un trastorno genético de origen estrictamente orgánico sin que, sin embargo, existan estudios que documenten la existencia de genes responsables de dicha enfermedad. Así se considera que el ADDH, síndrome disatencional con hiperactividad tiene un origen genético cuando no se ha encontrado ningún gen responsable de dicho trastorno. Lo mismo ocurre con los niños denominados TGD o específicamente con el autismo. No hay un gen del autismo.

Lo que es fundamental comprender es que aunque hubiera un gen responsable o predisponente para desarrollar dicha enfermedad, el ser portador de un gen, no significa padecer dicha afección o trastorno.

Claramente se ha comprobado que ser portador de un gen no implica necesariamente padecer dicha enfermedad o patología. Por ejemplo, algunas mujeres pueden ser portadoras del cáncer de mama (BRCA1) y sin embargo no padecerlo nunca en su vida. Nos encontramos claramente con el intento de patologizar cualquier experiencia infantil de un niño según los parámetros que imponen los mecanismos disciplinarios, de poder imperante.

Ya no existen los niños traviesos, las neurosis infantiles, los síntomas estructurantes del deseo infantil, la angustia de los más chicos frente a los problemas familiares, de los grandes.

Todo puede ser caracterizado como un trastorno del desarrollo, un problema genético, un desorden biológico, un síndrome o una discapacidad.

Para nosotros la condición para realizar cualquier diagnóstico es, en primer lugar, establecer una relación con el niño en el cual indudablemente esté en juego su historia, de la cual son parte esencial sus padres, su entorno y el saber escolar como lugar y espacio donde despliega gran parte de la producción infantil y de las relaciones sociales.

Cuando un niño por cualquier motivo está angustiado y sufre, es difícil para él jugar o generar nuevas experiencias y representaciones donde reflejarse. Prefiere estar donde está, actúa esa verdad encarnada que repite y le impide muchas veces simbolizar, representar o escenificar otra escena o simplemente lo que le está pasando.

Volvamos a Leandro. Cuando llega al consultorio, lo primero que propone es jugar a la lucha. Toma unas espadas, me da una y enseguida comienza un juego donde siempre gana y Esteban pierde. Desde ese lugar, en el cual soy colocado, empiezo a relacionarme con él y su problemática. Es un juego en el cual Leandro no puede modificar su posición. Siempre es el ganador. Para serlo, modifica las reglas, se anticipa a cualquier acción del otro y sólo acepta ser

el vencedor. En ello, despliega mucha energía, va y viene, agarra diferentes juguetes que le dan poder para no perder ni aceptar la frustración ni el límite.

En los primeros encuentros vuelve a repetir una y otra vez la misma experiencia de la cual no puede salir.

Desde esa posición, ubicado en el lugar de perdedor del que no puede, encarno ese personaje en la escena, empiezo a llorar porque siempre me va mal. No puedo jugar, dramatizo la tristeza y el temor de una realidad que atemoriza. Al hacerlo, de este modo, Leandro primero se sorprende y luego intenta consolarme, proponiendo jugar juntos contra otros monstruos, dragones, dinosaurios y personajes malignos.

De este modo, se produce un cambio en la experiencia escénica. Ahora los dos en la complicidad de ese espacio peleamos juntos contra el mal. Somos superhéroes y ayudamos a otros. Cambia el escenario y el consultorio se transforma, al mismo tiempo que Esteban y Leandro, en un lugar donde se pone en juego la agresividad, la maldad, la transgresión y la violencia.

Así, en una sesión, con unas maderas construimos un bote-barco y salvamos a unos naufragos (muñecos) de unos terribles huracanes. En otra, luchamos contra unos ladrones, para ello, armamos un “superauto”, “como el de Batman”, grita Leandro, “pero este puede volar”. Y rescatamos el dinero y encarcelamos a los malos.

Desde el punto de vista clínico, con cada niño, entramos y salimos de la escena. Nos desdoblamos, cada vez somos otros. Al jugar, al escenificar, el niño puede representar lo real (lo que no tiene representación y lo angustia).

Las escenas se van articulando de encuentro a encuentro en el “entre-dos” de la experiencia infantil. En ese espacio íntimo e intenso, que no depende de lo múltiple sino de lo singular de un acontecimiento único, donde Leandro se arriesga a dejar su posición y a ubicarse en una experiencia diferente en la cual se expone a ser y a actuar de otro modo. Ser sensible al sufrimiento del otro es dar lugar para que el afecto circule y se transforme.

En la escena clínica, Leandro no necesita agredir, desbordarse o ejercer una violencia descontrolada. Él puede jugar, imaginar e inventar y al hacerlo, despliega allí el afecto, la energía libidinal se desplaza de representación en representación, de escena en escena donde juega lo que le causa temor, lo que no entiende, la rivalidad, los celos, lo que hasta ese momento no podía representar y lo angustiaba.

Al mismo tiempo que se despliega esta escena en el consultorio, abro un espacio de entrevista con los padres para repensar la posición de Leandro en la trama familiar. También sostengo encuentros con la escuela, me comunico con sus docentes coordinadores y pensamos una estrategia interdisciplinaria, en la cual privilegiar experiencias singulares con Leandro, primero con él, luego en un espacio con otro niño para llevar a todo el grupo. Por ejemplo, generar con él un cuento, un rompecabezas, un dibujo, una maqueta para compartir con otros en distintos momentos.

En este recorrido, Leandro ha comenzado a transformar su posición de niño tenso, imposible, enojado, terrible, violento, a un niño que, en una experiencia escénica, se puede relajar, compartir con otros un juego y desde allí jugar el secreto de hacer de cuenta que es otro, un personaje, un cuento, un dibujo, sin que la angustia y el sufrimiento lo desborde y lo lleve a actuar la angustia sin nombre.

Finalmente, como afirmamos, la clave de la problemática de un niño nunca puede estar ni ser undiagnóstico, una medicación, un método, una técnica o un síndrome que, en esencia, desconozca lo histórico y la experiencia singular de cada sujeto, pues él no deja de demandar al otro una mirada, un gesto, una palabra, en la cual reflejarse y aunque sea por un momento, en esa escena, ser diferente. Sólo desde allí, la plasticidad simbólica tendrá sus efectos. Que haya otra escena para Leandro, que no sea la misma experiencia tensa, dolorosa, violenta, abre las vías del encuentro con el otro, del saber, de lo heterogéneo, la imaginación, la plasticidad y la historicidad desde la cual se conforman aquellos recuerdos que andando el tiempo, sin duda, constituyen a un sujeto.

La infancia es recuerdo porque también es olvido. Si la infancia es diagnóstico o déficit no se puede olvidar, se presentifica en cada momento como discapacidad. Si la niñez se recuerda es porque ella se pudo representar y entonces puede retornar como permanente subjetividad. Entre tanto Leandro, sin Litio ni medicación, genera en la experiencia infantil el futuro recuerdo de lo que vendrá como memoria imperecedera.

**Lic. Esteban Levin**

*Lic. Esteban Levin es psicomotricista, psicólogo (psicoanalista), profesor de Educación Física, Director de la Escuela de Formación en Clínica Psicomotriz, Docente de la Facultad de Psicología (UBA), Profesor de la Universidad de Barcelona del Master de Psicomotricidad Terapéutica, Profesor de la Universidad Federal de Fortaleza (Brasil).*