

Miércoles 18 de Junio 2014 - 12h00 [GMT +1]

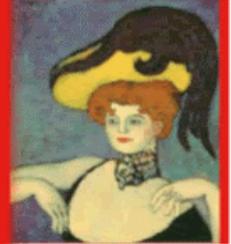
Número 410 (Selección de artículos)

No me hubiera perdido un Seminario por nada del mundo – Philippe Sollers

Ganaremos porque no tenemos otra elección – Agnes Aflalo

www.lacanquotidien.fr

Lacan Cotidiano



TDAH: la HAS consulta

por Daniel Roy y Éric Zuliani

La Alta Autoridad de Salud – HAS - ha abierto, a partir del 5 de mayo una consulta pública “para recoger la opinión de diferentes organismos, asociaciones e instituciones implicadas o en contacto, con niños y adolescentes susceptibles de tener un trastorno de déficit de atención, con sin hiperactividad” Se trata de opinar y comentar las “recomendaciones de buena práctica” ya elaboradas en su seno.

Como lo indica Éric Favereau en un artículo de la revista Libération: “Criticado por el dossier sobre el Autismo, el organismo ha adoptado un abordaje abierto para el apoyo de hiperactivos”. Haciendo una apuesta – razonable – respecto de esta apertura, el Instituto psicoanalítico del Niño - UPJL ha dado, entonces, sus comentarios a las cuatro recomendaciones en cuestión, donde se encuentra una versión anterior, en el sitio de la HAS, con el título “Conductas a mantener, frente a un niño o un adolescente con déficit de la atención y/o un problema de agitación”

Nuestras respuestas

Recomendaciones: “¿Cómo mejorar el diagnóstico a través del pediatra?”

El niño es considerado aquí, esencialmente, en el registro de su desarrollo neuro – evolutivo y del conjunto de datos que priorizan esta dimensión.

La primera petición de principio es considerar al médico como el interlocutor privilegiado de las dificultades encontradas en el niño. Si es el “médico de familia”, lo que formule tiene el privilegio de ser incuestionable. Sin embargo, la concepción de un dispositivo de cuidados, apoyado en el modelo de afección somática, introduce un sesgo inicial, que se traspa al conjunto de las recomendaciones. En efecto, es absolutamente respetable que los padres se agarren de la palabra “hiperactividad”, difundida extensamente en los medios, para designar algunos síntomas presentados por su hijo en el medio familiar o escolar; pero este mismo

término no tiene para los profesionales más pertinencia que aquellos de “inestabilidad” o “agitación”, de carácter puramente, descriptivos. El respeto por esta nominación no implica el reconocimiento de su pertenencia a una entidad sindrómica.

La segunda petición de principio: se trata de reconocer un síndrome ya definido, por ninguna otra cosa que su constitución en el DSM. Se trata, por lo tanto, de “hacer saber” al médico y a las familias este diagnóstico tal como está definido en el DSM y tratar de aplicarlo al niño en cuestión para responder a la angustia de los padres. No es así, como nosotros concebimos los pasos en la clínica: localizar problemas hace que se desconozca la complejidad de sus resortes - que afectan al conjunto de la vida psíquica del niño y no de un sector definido, arbitrariamente, como “la atención” alcanzada por un “déficit cognitivo”-. La idea de un niño “que actúa, antes de pensar” es una interpretación, puramente, comportamental cuando, por el contrario, el niño es de una sensibilidad extrema a las interpelaciones y a la mirada del entorno, frente a las cuales eleva defensas psíquicas y motrices, donde su conducta paradójica no es más que la manifestación sintomática.

A falta de percibir estos resortes, se confecciona una lista interminable de problemas que es siempre susceptible de amplificarse bajo la rúbrica de la “co – morbilidad”, y referida, únicamente, a cuestiones adaptativas, desconociendo aquello de lo que el niño es sede: alucinación, delirio poco perceptible, pero también angustias, pensamientos obsesivos, fobias, etc.

[Las técnicas de evaluación evocadas, sobre la base de escalas y de cuestionarios, así como la concepción limitada de esta orientación resultan las pendientes lógicas de peticiones de principio iniciales, pero no responden a lo que atormenta al niño y a los padres.](#)

Es notable, que falten referencias, en cuanto a la organización de cuidados en pedopsiquiatría, con la riqueza de oferta que hay en Francia, ya sea en el sector privado como en el público, sostenido por numerosos profesionales atentos al sufrimiento de los niños y de sus familias; profesionales para los cuales esta categoría de TDAH es una entidad malformada, un cachivache, que se califica de “trastorno” y no como “enfermedad” y, sin embargo, se le intenta aplicar un modelo médico.

Documentos que permiten argumentar vuestra respuesta o vuestro comentario:

[El conjunto de trabajos de psicoanalistas de niños](#), desde M. Klein, sobre la “Psicoterapia de las psicosis”, que en 1930 mostraba el desconocimiento profundo en materia de psicosis o de neurosis grave, en la infancia; pasando por Winnicott, Frances Tustin, Françoise Dolto, hasta los trabajos del Instituto del Niño (*El saber del niño*, París, Navarín, editor, 2013)

En Daniel y Maryse Roy, “Hyperactivité : ordre et désordres”, Revue *La Cause freudienne*, n° 58, Navarin éditeur, octobre 2004.

François Gonon, “La psychiatrie biologique : une bulle spéculative? ”, Revue *Esprit*, novembre 2011.

Recomendaciones 2: Estados de los lugares que tienen a su cargo el apoyo por el especialista, después del diagnóstico de TDAH.

A partir de un diagnóstico, absolutamente, teórico (TDAH), apoyado en datos de observación comportamental, cabe señalar, que los tratamientos sugeridos en primer lugar son las TCC, y que es privilegiado, como “eficaz”, el tratamiento medicamentoso con metilfenidato. Los abordajes psicodinámicos no “constituyen un tratamiento específico del TDAH”, lo que es definitivamente exacto, en la medida en que el diagnóstico de TDAH, en una perspectiva psicodinámica, orientada por el psicoanálisis, aparece como una entidad diagnóstica poco “específica”, frente a la particularidad de los síntomas del niño. **En efecto, nosotros pensamos, que los diagnósticos del tipo DSM y los tratamientos anexos (TCC), no corresponden a ningún funcionamiento humano verdadero.** Esta recomendación barre de un revés, todo el trabajo de escucha y de acción que los practicantes que, en instituciones o de manera liberal, llevan a cabo, diariamente, junto a los niños con dificultad y a los padres en angustia.

Así, las “consultas terapéuticas”, asiento de todo el trabajo clínico de los practicantes con niños, se encuentran relegados a un ítem entre otros, mientras que son las que constituyen el apoyo central para el tratamiento de los síntomas del niño en la mayoría de los CMP y los CMPP, así como en los consultorios de psiquiatras de niños. Estas consultas terapéuticas, son lugares pivotes donde pueden elaborarse con el niño y los padres un proyecto de orientación.

En fin, de nuevo, vemos resurgir el problema de la co – morbilidad, verdadera usina a gas que, en algunos años, hará reír y que ubica los “problemas psiquiátricos” como, finalmente, secundarios.

Documentos que permiten argumentar vuestra respuesta o vuestro comentario:

Son los documentos sobre los cuales reposa esta recomendación que deberían ser examinados con atención. ¿Cuál es su proveniencia?

Encontramos repetirse esta doxa, de manera idéntica, en los sitios de Internet que tratan la “hiperactividad”, el TDAH y los niños llamados “precoces”

En cuanto a la ausencia de teoría neurobiológica sólida, en materia de TDAH, reenviamos al meta - análisis realizado por F. Gonon, CNRS UMR 5227; J.M. Guilé, Servicio de psiquiatría del niño y del adolescente, Universidad P. y M. Curie; D. Cohen, CNRS UMR 8189, “Le trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l’expérience nord-américaine”, volumen 58, agosto 2010.

Recomendaciones 3: Papel del médico de primeros auxilios en el sostén.

Nos parece nocivo reducir el papel del médico tratante al de informante, por no decir de “súper perfecto”, reducir el papel que, hasta hace algún tiempo, mantenía: el de sostener un “diálogo singular” con sus pacientes ¿Es lo que querían los médicos? Ellos nos lo dirán.

¿Qué decir de la recomendación “de orientar hacia un especialista teniendo un buen conocimiento del problema? ¿Quién va a evaluar los “buenos conocimientos” de especialistas?

Mencionaremos la tercera proposición de los Estados generales de la paidopsiquiatría, reunidos el 4 de abril de 2014 bajo la égida de la SFPEADA:

Proposición 3: La paidopsiquiatría desarrolla una aproximación multidimensional, tomando en cuenta al niño, en su conjunto, respetando su desarrollo y sus potencialidades evolutivas. Ella se apoya sobre una pluralidad de modelos de comprensión. Demanda un reconocimiento de sus competencias diagnósticas y se inquieta por el recorte sintomático así como la inflación de recursos a centros de peritos.

Recomendaciones 4: “Papel del médico de primeros auxilios en el monitoreo, una vez planteado el diagnóstico, por el especialista”

En esta perspectiva de tratamiento, sólo se toma en cuenta la adaptación, a la escuela, a la realidad, etc. Esta única referencia es grave. Un niño que no hace ruido, que no tiene problemas de comportamiento, que se porta bien, no significa, forzosamente, que tenga buena salud. A veces, detrás de esta inhibición (que es, también, un síntoma) se avivan pensamientos inquietantes. Varias veces, los hechos dan testimonio de adolescentes gentiles y discretos, que vienen de cometer lo peor.

Una vez más, parecería que los dispositivos de cuidado y de acompañamiento para niños y adolescentes, que presentan síntomas de sufrimiento psíquico, son ignorados. Estos dispositivos especializados, además de enmarcar la gravedad de las patologías en causa, evalúan las posibilidades del entorno del niño, para recoger las consecuencias, movilizar a los diferentes actores próximos al niño y considerar las derivaciones de su integración social y escolar.

Conclusión

Las clasificaciones del tipo DSM no sólo son vanas, sino también peligrosas, para el porvenir de los niños, ya que se desconocen cada vez más sus angustias. Estas clasificaciones hacen existir problemas que admiten como únicos tratamientos a las TCC y al tratamiento medicamentoso. Es lamentable ver una Agencia de Estado inmiscuirse con abordajes concebidos en los países anglo – sajones, bajo la presión liberal y la protección de las aseguradoras privadas, explotando la angustia de los padres, mientras que se encuentra desatendido el trabajo llevado a cabo desde los años 1950, bajo la égida de diversos ministerios, a cargo de la Salud Pública, que han tejido una red de atención para el niño en dificultad: sectores de la Salud Mental, psicología escolar, PMI, instituciones médicas y médico – sociales.

Estas clasificaciones y estos abordajes se muestran con los ropajes del cientificismo y abundan en sesgos metodológicos que no resisten al examen atento de su retórica mentirosa (Cf. Los artículos de François Gonon)

Documentos que permiten argumentar vuestra respuesta o vuestro comentario:

El Instituto psicoanalítico del Niño, como otros institutos o asociaciones científicas, recoge numerosos casos clínicos - producto de la puesta en serie de intervenciones de practicantes que participan en los grupos de estudio y de investigación, en los laboratorios interdisciplinarios, en las instituciones -, donde se descubre que los resortes que subtienden los problemas son diversos; que el diagnóstico es siempre a medida, para cada caso, que el pronóstico, también, es diverso y los tratamientos son particularizados.

Es una paradoja: los grupos partidarios parten de considerarse a – teóricos, asumiendo una indudable elección ideológica con la cual no estamos de acuerdo. Esta elección propone, en

efecto, a los niños y a los padres inscribirse en un dispositivo donde lo esencial es el déficit y el hándicap y, a los profesionales, hacerse gestores de prescripciones estandarizadas.



Lacan cotidiano publicado por navarín éditeur

INFORMA Y REFLEJA 7 DÍAS DE 7 LA OPINIÓN ILUSTRADA

• comité de dirección

Presidente [evemiller-rose](mailto:eve.navarin@gmail.com) eve.navarin@gmail.com

Editora annepoumellecannedg@wanadoo.fr

Asesor [jacques-alainmiller](#)

Redactora [kristelljeannot](mailto:kristelljeannot@gmail.com) kristelljeannot@gmail.com

• equipo de lacan quotidien

por el Institut psychanalytique de l'enfant [danielroy](#), [judithmiller](#)

miembros de la redacción "cronistas" [bertrandlahutte](#) & [marionoutrebon](#)

[lacanquotidien.fr](#), [armellegaydon](#) la revue de presse, [hervédamase](#) pétition

diseñadores [viktor](#) & [williamfrancoizel](#) vwfcbzl@gmail.com

técnico [markfrancoizel](#) & familia & [olivierripoll](#)

lacan y librerías [catherineorsot-cochard](#) catherine.orsot@wanadoo.fr

mediador [patachónvaldès](#) patachon.valdes@gmail.com

· responsable de la traducción al español: [Mónica Febres Cordero de Espinel](#)
febrescorderomonica@gmail.com

· maquetación LACAN COTIDIANO: [Piedad Ortega de Spurrier](#)

Traducción: [Graciela Chester](#)

PARA LEER LOS ÚLTIMOS ARTÍCULOS PUBLICADOS DELACANQUOTIDIEN pulsar aquí