

Tiempos modernos y niños hiperactivos

Fernando Martín Aduriz

Psicoanalista. Palencia
Miembro de G.E.P. de Castilla León

Resumen: Se trata de comprobar el estado de ese síntoma infantil que es la hiperactividad y su abordaje histórico y actual. Descartando como no esencial el factor cognitivo y desestimando los modelos asentados en la existencia de lesión frente a la interpretación de los signos patognomónicos que si bien pueden ponerse en serie en todos los sujetos infantiles, lo fundamental es la lectura que de ellos se hace en la particularidad de la clínica bajo transferencia que recibe su apoyo teórico en la enseñanza de Jacques Lacan. Analizaremos en cinco puntos esquemáticos los modelos, el asunto de la medicación, las psicoterapias y la brújula de los fundamentos analíticos desarrollados en la orientación lacaniana en el psicoanálisis con niños, quien considera al niño sujeto analizante de pleno derecho.

Palabras clave: hiperactividad, déficit de atención, sujeto, Otro, rectificación subjetiva.

Cada época tiene sus paradigmas.

Nuestro tiempo contempla el resurgir de planteamientos que pareciendo ser novedosos pueden ser cuestionados. Algunos se manifiestan con fuerza en la clínica con niños y adolescentes. Es el caso del abordaje terapéutico y las concepciones teóricas de partida del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La intensificación de la concepción del niño como objeto de estudio para el especialista, marginando la significación subjetiva del trastorno para el protagonista y su familia comienza en la década de los 60, fundamentalmente, según Francesc Vilá (1991) "en la reunión de estudio internacional en neurología infantil de Oxford de 1962 donde se debate la existencia de lesiones mínimas cerebrales no objetivables, que se suponen condicionan unos observables clínicos agrupables en un síndrome caracterizado por trastornos del aprendizaje, problemas de conducta y dificultades motoras menores"¹.

De ahí llegamos en el momento actual a los manuales de la Asociación Psiquiátrica

Americana y a la medicación con Ritalina (metilfenidato), de un porcentaje que algunos sitúan hasta el 20 y el 25% de chicos estadounidenses, quienes reciben su dosis diaria de manos de la enfermera del colegio, medicación que presenta el carácter de obligatoriedad, de imperativo legal para poder entrar en el aula.

El aprendizaje escolar en los tiempos modernos pasa al igual que en el Antiguo Régimen por la inacción del escolar. Ni las corrientes pedagógicas más abiertas, ni Summerhill, ni el empuje de la Escuela Moderna de Ferrer Guardia, ni el aire renovador de la Institución Libre de Enseñanza, han logrado instaurar una pedagogía activa, participativa, adaptada a los desarrollos individuales. Principios de la pedagogía contemporánea como la globalización, el juego, la actividad, el trabajo en la escuela, experiencia como las de Freinet, las Escuelas Waldford, no constituyen en la actualidad sino adornos en medio de un páramo de creatividad pedagógica que hacen bueno el libro de un sociólogo, Moncada (1985), con su sugerente título, *El aburrimiento en la escuela*,² donde viene a decir,

que en medio de una época en la que todo ha cambiado, el regreso a un aula de un colegio, de un maestro del Madrid de los Austrias no le depararía ningún sobresalto: se sentiría en su medio frente al pavor que experimentaría al contemplar cómo todo lo demás ha cambiado; hoy aún más, en la época de Internet y de los gadgets, de los pequeños artilugios que prometen la felicidad en cada nuevo objeto. ¿No podríamos considerar también al niño hiperactivo y ciertos abordajes un efecto más de eso que Judith Miller llamó la irresistible ascensión del gadget?

Es especialmente gráfico el análisis que de la situación hace Éric Laurent (1999), en un CIEN (*Centro Interdisciplinar de Estudios del Niño*): “En los laboratorios que se consagran al fracaso escolar, o mejor dicho a las dificultades en el aprendizaje de la lectura, la escritura y la aritmética, se constata que se engancha mal el debate cuando se trata esto como un problema de cognitivismo, es decir, como si se tratara de no entender lo que uno lee, lo que uno escribe, lo que uno repite, lo que uno calcula. Esta perspectiva proviene de una cierta ilusión psicológica. El aprendizaje de la lectura, de la escritura, de la aritmética, pasa esencialmente por el cuerpo, pasa por el hecho de quedarse sentado. La queja de no entender lo que uno dice en la escuela, es reciente en la historia. Durante siglos la gente ha aprendido a leer, escribir, contar, sin entender nada, sólo repetía. Esto no le impide a nadie aprender a leer y escribir. Contar los números durante siglos también se repetía. Hasta hace muy poco, la metodología fundamental para que los niños aprendieran los números era cantar repitiendo las tablas [...] Con esto se aprendía [...] La cuestión fundamental pasa por el hecho de considerar que el factor cognitivo puede no ser lo esencial. Lo esencial es el menos de vida que acepta un niño que a estas edades tiene que quedarse tres, cuatro horas sentado [...] Es en la medida misma en que se aísla el aprendizaje como un problema psicológico de cognición que lo que surge es la hiperactividad, precisamente, el no poder quedarse tranquilo”³.

Examinemos la entidad Déficit de Atención con Hiperactividad desde cinco puntos esquemáticos.

1.-En el abordaje conductista-cognitivo se define al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad como imposibilidad de mantener la atención en una situación durante un período de tiempo razonablemente prolongado. El niño desarrolla una actividad motriz excesiva, gran impulsividad, inconstancia, con una falta de atención que les hace tener retrasos generalizados en su desarrollo: social, escolar, personal, problemas de relación con sus profesores y compañeros, leer y escribir mal, cometer errores frecuentes en sus tareas escolares, confundir hechos, fechas, perder u olvidar dónde han dejado sus cosas, movimientos bruscos, rápidos, torpes, rompen cosas sin querer, tropiezan, se golpean. Sandra E. Rief en *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*⁴, añade que el niño tiene dificultades con las transiciones y el cambio de actividades, baja autoestima y alta frustración, y dice que se atribuye generalmente a la herencia u otros factores biológicos. Finalmente dice algo sorprendente que invalida toda práctica terapéutica a través de la palabra: “Si un niño presenta un TDA/DAH, nadie tiene la culpa”. Esta aseveración es una puerta cerrada al conocimiento de la subjetividad de niño y de sus Otros, a saber cómo el sujeto se reconoce implicado en su propio mensaje. En *Escritos Psicóticos*⁵, Fernando Colina aborda este asunto de la responsabilidad en relación a la Tristitia, cuando muestra la paradoja del debate voluntariedad-involuntariedad, “te medico, pero pon de tu parte”. También los trabajos de José María Álvarez son ilustrativos en este punto, en especial su libro *La invención de las enfermedades mentales*⁶, donde se pregunta por la responsabilidad en la locura, tema que volverá a abordar próximamente en las Jornadas de la AEN, “Crimen y Locura”.

2.- François Sauvagnat⁷, oponiendo dos clínicas, la francesa y la anglosajona, hace remontar el síndrome de hiperactividad a los años de la Primera Guerra Mundial, no siendo hasta 1930 cuando es aplicado a la infancia por parte de Lederer y Ederer. En 1937 Bradley al describir un síndrome con trastornos de atención, hiperactividad y labilidad emocional, será el primero en poner sobre la pista el efecto paradójico de la eficacia médica de las anfetami-

nas. En 1947 Strauss y Lehtinen suman a la anterior descripción desordenes cognitivos y perceptivo-motores. Eisenberg afirma poder encontrar una lesión neurológica para más tarde retroceder y apoyarse en los testimonios de los familiares y en los tests.

Es en Oxford, en 1962, cuando se produce el momento estelar de la historia del síndrome. El Grupo de Estudios Internacional allí reunido sustituye la noción de lesión por la de MBD, disfunción cerebral mínima, que sin bien es discutida como construcción artificial por Lánteri-Laura y Gros, argumentando la unión de elementos heterogéneos, esta importante decisión va a permitir encaminar las conductas sociales y escolares a la biologización. Así, los manuales de la APA han ido haciéndose eco de esta dirección: 1968, DSM-II, con "reacción hiperkinética del niño y del adolescente;" y 1980 el DSM-III incorpora la noción de "déficit de atención" relegando al segundo plano la de "hiperactividad". Es decir, que se ha tratado de justificar el síndrome y se han encontrado serias dificultades para hallar la naturaleza neurológica del mismo.

Tampoco existe ningún test específico del síndrome salvo cuestionarios a padres o enseñantes, y las conferencias monográficas finalizan sin consenso acerca de las modalidades deseables ni de tratamiento ni de diagnóstico.

También hay divergencias a la hora de cuestionar la frecuencia: 50% en los EEUU, 1% en Inglaterra.

La vertiente sociopolítica toma en Norteamérica la vía de la reunión TDAH-delinuencia, asociación que si bien encuentra cierto clima de acogida a causa de los ambientes de violencia en los Institutos, no parece sino justificar un abordaje moral y político, que nos acerca a la definición de Jacques Alain Miller de Salud Mental: una cuestión de orden público⁸.

Todo ello ha ido justificando un contexto en el que tres millones de escolares estadounidenses ingieren Ritalina (metilfenidato), sustancia que ha aumentado un 700% su producción y que tiene visos de extenderse

a todos los países industrializados.

La pregunta que nos hacemos es si los tiempos modernos facilitan un campo en el que la entidad TDHA pueda estar justificada así como su abordaje anfetamínico si se tienen en cuenta factores sociales tales como las exigencias crecientes de rendimiento escolar, las exigencias sociales de diversión rápidas, activas y felices, el ocio con riesgos, las multiactividades y multiaventuras, los parques temáticos de actividad trepidante, el aumento de las fronteras para los límites corporales, la pasión por los récords, las exigencias de aumento de velocidad y movimiento... Todo lo cual hace que se vea también el TDAH como un fenómeno de masas y se abra la puerta a la tolerancia en su consumo, un síntoma más de los tiempos modernos. Un dato más: un informe de la Agencia Antidroga Americana se alarmaba del alto número de sujetos con TDAH que evolucionan hacia la politoxicomanía.

3.- El asunto de la medicación. En cuanto al abordaje quimioterapéutico, el principal fármaco es el METILFENIDATO, (Ritalina en América, Rubifen en España) con efectos inmediatos de aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperkinesia y la movilidad del niño, efectos que duran poco tiempo: la sustancia se elimina en horas. Se han señalado desde hace tiempo "...efectos colaterales importantes que incluyen retrasos en el crecimiento, lagrimeo, trastornos en el sueño y cambios de personalidad...".

Extractemos el asunto tal y como lo describe paso a paso François Sauvagnat⁹. La Ritalina fue lanzada a fines de los 80 en USA merced a un asunto editorial, el lanzamiento del libro de Ingersoll, *Tu hijo hiperactivo*. Después se popularizó gracias a un best-seller de Hallowell y Ratey en el que se afirmaba que "una vez que se sabe lo que es este síndrome se le ve por todas partes..." La polémica ha acompañado a la Ritalina en EEUU, con serios enfrentamientos entre publicistas y opositores. Entre estos últimos hay quienes muestran la "...paradoja según la cual los Estados combaten la droga y las formas de adicción a gran escala... pero usan a los niños a gran escala sin



gran reacción, ni del público ni de las autoridades competentes “:

Sauvagnant insiste en su soberbio artículo acerca de cómo en el New YorkTimes de 18 de enero de 1999 se hablaba de la Ritalina como de “un estimulante ligero del sistema nervioso central que, por razones que no son totalmente aclaradas, ayudan a menudo a los niños que padecen distracción crónica, impulsividad e hiperactividad a calmarse y a concentrarse”. Sin embargo Sauvagnat señala cómo el metilfenidato está asociado a las dextroanfetaminas, las metanfetaminas y la cocaína. Signos de depresión, pérdida de apetito, dificultades para conciliar el sueño, hace que a los jóvenes pacientes se les invite a abandonar la ingesta de la sustancia al llegar las vacaciones de verano.

El asunto más llamativo ha sido la connivencia financiera entre un gran lobby americano (el CHADD, *Niños y Adultos con Trastorno de Déficit de Atención*) y la industria farmacéutica que al ser puesta de manifiesto provocó la intervención de la DEA y se realizó un dictamen conformado por Naciones Unidas quienes expresan su preocupación porque del 3 al 5% de la población joven de EEUU consume Ritalina. Hay que decir que el 90% del consumo es en Norteamérica, mientras que en países como Suecia ha sido retirado del mercado. Otros autores como Berger (2000)¹¹ desde enfoques clínicos y terapéuticos, apuesta por una prescripción moderada en dos circunstancias: cuando el niño puede verse excluido escolarmente o en la familia debido a su conducta o cuando se ve incapacitado para aprender. Pero siempre que simultáneamente a la medicación haya algún modo de tratamiento psicoterapéutico.

4.- El trabajo de psicoterapia y sus *impasses*. La actividad de psicoterapia tanto psicomotriz, como de orientación psicoanalítica, como relacional en general, si bien pretenden abordar el síndrome desde parámetros clínicos sistemáticos, comprobamos que sus bases teóricas de fundamento que guiarán su acción terapéutica van muy bien desorientadas. Un libro aparecido recientemente *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*¹² es el paradigma de este modelo. Su autor, un psiquiatra

infantil de orientación analítica cercano a Winnicott combina según los casos psicoterapia individual, psicomotricidad e incluso terapia de grupos de niños hiperactivos. Hay un momento muy significativo cuando observa que los niños hiperactivos tienen dificultades con la relación especular y se pregunta si será una imposibilidad de apropiarse de la imagen de su propio rostro, y entonces utiliza sin citar un texto fundamental de Jacques Lacan¹³, que sirve para entender de entrada las dificultades de los niños en relación a su imagen: “a los ocho meses... puede advenir la asunción con júbilo del estadio del espejo en el que el niño elabora el hecho de que posee un rostro propio”¹⁴. Y cita a otro autor quien afirma que “la modificación desde el exterior de la imagen de sí aparece como la posibilidad de dejar de ser hiperactivo”¹⁵. Sus hipótesis teóricas van desde la asociación pensamiento-movimiento (destacando algo que es comprobable con frecuencia en la clínica y es que si al niño hiperactivo se le “inmoviliza” pidiéndole que escuche o que detenga el movimiento, se ausenta “psíquicamente”) hasta la falla en la relación con el objeto primario (aquí cita a Winnicott y su primera teorización acerca de la etiología de la hiperactividad produciéndose al fracasar la experiencia de omnipotencia en el bebé en sus relaciones con el objeto primario) a las dificultades del niño hiperactivo para estar solo en presencia de otro (muestra como en las terapias los niños hiperactivos tienden a “inmovilizar” al terapeuta).

La salida a estos *impasses* imaginarios la encontramos siguiendo a Lacan cuando dice: “Fui el primero en situar exactamente la importancia teórica del objeto llamado transicional [...] El propio Winnicott se mantiene [...] en un registro de desarrollo [...] Lo importante sin embargo no es que el objeto transicional preserve la autonomía del niño, sino que el niño sirva o no de objeto transicional para la madre”¹⁶.

Es por ello preciso explicar caso a caso la lógica de la cura en relación al estatuto del fantasma en el niño, pues al decir de Jacques Lacan, “el valor que tiene el psicoanálisis es el de operar sobre el fantasma. El grado de su éxito ha demostrado que ése es el lugar donde se juega la forma que



sujeta como neurosis, perversión o psicosis”¹⁷.

Si se olvida reconocer el estatuto del fantasma, el criterio que se tendrá será el de la adaptación a las instituciones humanas, con lo que se estará en la pedagogía y no en el campo del análisis.

La dirección terapéutica reducida a la acción sobre el eje imaginario (el yo y sus objetos), es decir, sobre la sugestión, la reeducación emocional, el criterio adaptativo, elude precisar que en expresión de Di Ciaccia, “el fantasma no es el fantasear del paciente [...] El fantasma es aquello por lo cual el síntoma implica goce para un sujeto”¹⁸.

5.- Para el trabajo en la clínica con niños y adolescentes que sigue las orientaciones de Jacques Lacan se trata de situar el problema en términos de localizar en cada caso cuál es la estructura del niño, cuál es su posición subjetiva y ayudarlo a hacerse las preguntas correctas tal y como hiciera Freud al preguntarle a Dora su propia parte de responsabilidad en los desórdenes de que se quejaba, un nombre de la rectificación subjetiva.

Podemos asegurar que sin apelar, a través de la interpretación del juego, del dibujo, de la dramatización, del decir del niño, a su decisión subjetiva, no es viable ayudarlo a parar su persistente movimiento, su impulsividad. Frente a la opinión de quienes sitúan al niño con TDAH como alguien que siempre será hiperactivo, está la unión clínica analítica y ética que persigue ir más allá del síntoma a buscar formular por parte del niño alguna versión de su axioma fantasmático, crear su propia ficción, *escribir* su propio mito.

El esquema que sigue Lacan en “Dos Notas sobre el niño”¹⁹ en 1969, es la dirección clave. Cuando el síntoma (definido entonces como representante de la verdad), resulte de la subjetividad de la madre, siendo su objeto fantasmático, nos indica la presencia de una estructura de psicosis infantil. Aquí la fenomenología habla de la hiperkinesia en los niños autistas (niños alucinados, sumergidos en lo real, según orientación de Éric Laurent²⁰), y en los

orientación de Éric Laurent²⁰), y en los niños psicóticos en general en donde se dan manierismos, estereotipias, agitación, fenómenos elementales que son como pequeños automatismos de repetición a lo Clerambault²¹. Lacan dirá que se ha producido un vacío de significación, habrá ausencia de significación fálica al no efectuarse una mediación entre la identificación al ideal del yo y el deseo de la madre. Aullidos en el cuerpo, voces, que llevan al niño a un movimiento perpetuo y a una agitación motriz de diversa entidad.

Una clínica orientada en textos como “De una cuestión preliminar ante todo tratamiento posible de las psicosis”²², permitirá no cifrar el asunto en la hiperactividad sino en la etiología de esos fenómenos.

Como lo ha mostrado recientemente Vilma Coccoz,²³ puede realizarse en el cuadro de un niño esquizofrénico más la vertiente de su hiperactividad frente a lo nuclear de su estructura por lo que tiene de molestia para el medio escolar, pese a la política educativa de integración, acusándole la maestra de mal ejemplo para otros niños que pueden copiar sus estereotipias.

Una frase de François Sauvagnat, una definitivamente hiperactividad y psicosis infantil: “Hemos quedado impresionados al ver con qué facilidad los niños presentaban una psicosis infantil apenas se ven diagnosticar de TDAH”²⁴.

Siguiendo a Laurent²⁵ “[...] qué tratamiento podríamos deducir para la psicosis infantil [...] Dar una versión del objeto a [...] un modo [...] en que el niño psicótico dé una posición no de su inconsciente sino una posición del goce [...]”

Tal esquema podemos mostrarle en varias viñetas clínicas. En el caso de una niña autista su hiperactividad incluyendo el balanceo fue abandonado a las pocas semanas tras sucesivas interpretaciones dirigidas a simbolizar su lugar en la estructura familiar.

Otro niño psicótico que realizaba constantes movimientos con carreras solo pudo detenerse tras poderle narrar un episodio de cambio de domicilio familiar en el trans-

curso del cual fue abandonado un perro con el que estaba muy unido, momento en que comenzaría un mutismo pertinaz. La separación de la identificación a este objeto-perro le permitió ver alejado el temor de un igual destino.

Pero especialmente ejemplar ha sido siempre para nosotros el proceso de un niño de 11 años a quien vimos hacer varios años en un gabinete escolar enviado por la maestra quejosa de su hiperactividad. Confrontado a nuestras preguntas, el niño nos remite a su padre quienes despliegan el sentido de los síntomas de falta de atención escolar e hiperactividad aún más acusada en casa. Frente al deseo de la madre, volcada en su hijo merced a la decepción que le producía el padre y sus serias divergencias con el autoritarismo paterno, el niño había reaccionado con un síntoma consistente en una acción permanente, veloz y de constantes movimientos que le impedían estar sentado en clase o no parar de realizar actividades al salir del colegio con el resultado de comienzo de fracaso escolar, agresividad con los pares, molestias permanentes. Su febril actividad encontraba alojamiento en un intenso ideal paterno que nunca lograba satisfacer. Alimentaba la ficción de ser el punto central de equilibrio del trío familiar, en sus palabras “para contentar a mi madre”. Una doble acción consistente en la pérdida del intenso temor al padre y el comienzo de los primeros disgustos a la madre (recibidas con reiteradas quejas por parte de los progenitores), le permitieron desviar la atención de las disputas de sus Otros primordiales hacia las chicas de su colegio y de los grupos de sus actividades extraescolares. Su éxito amoroso hizo que la queja materna fue que había pasado radicalmente a estar embozado en ensoñaciones a lo Bovary, para contento de su maestra. Su expresión al final del tiempo de análisis fue especialmente significativa: “He frenado en seco”.

No es sino en el estatuto de las relaciones simbólicas que apelan a un tercero para salir de la relación dual y no en el eje imaginario de la confianza en un Otro primordial sin falta o en las hipotéticas fallas cognitivas que siempre serán a *posteriori*

como podemos ayudar a estos niños, sor-dos a las demandas que se les hacen, versiones en espejo invertido de los niños autistas que no formulan nunca demandas. Marise Roy propondrá considerar a los niños diagnosticados como hiperactivos por la psiquiatría americana a niños-síntomas de una versión de la histeria femenina moderna y en vez de niño hiperactivo ella propone la denominación de falo hiperactivo, es decir “niño que viene a ocupar el lugar de falo saturador de la falta de la madre”²⁶.

Frente a la marca trastorno por déficit de atención, nada como la expresión de Marise Roy²⁷: “No vemos objeción a considerar como primer criterio para los niños que nos son dirigidos con diagnóstico de inestabilidad o de hiperactividad, un trastorno de atención: la atención de estos niños se encuentra efectivamente del todo fijada en la libido de la madre”.

“La atención es una mortificación que hay que aceptar”, en expresión de Éric Laurent²⁸, y explica, que conforme no opere el efecto de mortificación del significante se irá al trastorno de atención. En términos de análisis histórico, esta mortificación “[...] se aceptaba antes, por múltiples causas: no era para entender [...] Era para ordenarse debajo de un significante amo”.

De cómo tratemos hoy los viejos y nuevos problemas de salud mental infantil va a depender los modos de lazo social de mañana.

De “la letra con sangre entra” al metilfenidato y las técnicas sofisticadas modificadoras o la apelación al eje de la sugestión imaginaria, nos llevarán siempre a la consideración del infantil sujeto como apéndice, objeto o adulto más pequeño y no a la idea del niño como sujeto analizante de pleno derecho, a quien se puede acompañar durante un tiempo a fin de que respon-da de sus propios *impasses*.

La rectificación subjetiva les puede llevar a dejar de ser niños a quienes no se puede demandar nada.





Bibliografía:

1. Vilá, F. (1991): "De la idea de trastorno disfuncional al concepto de síntoma freudiano", en *Confluencias*, Vol. V, Núm. 1, Barcelona.
2. Moncada, A. (1985): *El aburrimiento en la escuela*, Plaza & Janes, Barcelona.
3. Laurent, É. (1999): "El Sujeto del Inconsciente y el enigma de las normas", Conferencia dictada en el CIEN argentino el 19 de septiembre de 1999, en *Cuadernos del CIEN*, Buenos Aires.
4. Rief S., F. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*, Paidós, Barcelona.
5. Colina, F. (1996): *Escritos psicóticos*, DOR, Madrid.
6. Álvarez, José Mª, (1999): *La invención de las enfermedades mentales*, DOR, Madrid.
7. Sauvagnat, F (2001): "Une entité controversée: l'hyperactif avec trouble déficitaire de l'attention", en *La Petite Girafe, Revue de la Diagonale francophone du Cereda*, París.
8. Miller, JA. (1993): "Salud Mental y Orden Público", en *Uno por Uno*, núm. 36, Eolia, Barcelona, p. 5.
9. Illingworth, RS. (1989): *El niño normal*, El manual Moderno, México, p.424.
10. Sauvagnat, F (2001): Op.,cit.
11. Berger, M. (2000). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*, Síntesis, Madrid.
12. Berger, M. (2000): Op.,cit.
13. Lacan, J. (1949): "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", *Escritos 1, Siglo XXI*, Madrid, 1985, p.86-93.
14. Berger, M. (2000): Op. cit., p. 79.
15. Ibidem., p. 80.
16. Lacan, J. (1967): "Discurso de clausura de las Jornadas sobre las psicosis en el niño", en *El Analicón*, Correo-Paradiso, Barcelona, 1987.
17. Lacan, J [1967]: Idem., p. 10.
18. Di Ciacchia, A., [1987]: "Nota sobre el niño y la psicosis en Lacan", en *El Analicón*, op. cit., p. 79.
19. Lacan, J. (1969): "Dos Notas sobre el Niño", en *Intervenciones y Textos 2*, Manantial, Buenos Aires, 1988, pp.55-57.
20. Laurent, É. (1999). *Hay un fin de análisis para los niños*. Op., cit., p., 42.
21. De Clérambault, G. (1920). *El automatismo mental*, DOR-EOLIA, Madrid, 1995
22. En Lacan, J. (1955). *Escritos 2, Siglo XXI*, Madrid, 1985, p., 513-564.
23. Coccoz, V. (2001). Conferencia "La autoridad y sus límites", IES "J. Manrique", Palencia. De próxima publicación en *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, GEP-CL.
24. Sauvagnat, F (2001): Op., cit., p., 61.
25. Laurent, É. (1999): "El sujeto del inconsciente y el enigma de las normas", op. cit., p. 44.
26. Roy, M., (2001): "Enfant fétiche et phallus hyperactif", en *La petite Girafe, Revue de la Diagonale francophone du Cereda*, Agalma, Núm. 13, París, p. 67.
27. Roy, M. (2001): Op. cit., p., 62.
28. Laurent, É. (1999): "El sujeto del inconsciente y el enigma de las normas", op. cit., p. 44.