



Psicoanálisis y Psiquiatría. Detección temprana de perturbaciones en la temprana infancia

Claudia Bregazzi

Resumen: Este artículo intenta abordar el tema de la detección temprana de los trastornos de la primera infancia a través del proceso diagnóstico, en el cual pueden interactuar la visión psicoanalítica con las clasificaciones nosográficas de los trastornos mentales, que suelen corresponder al terreno de la Psiquiatría Infantil. Describo algunas clasificaciones y escalas utilizadas en la primera infancia, así como la metodología psicoanalítica para llegar a un diagnóstico inicial que nos permita enfocar un tratamiento adecuado para ese niño o niña en particular. Destaco la importancia de la contratransferencia tanto en el diagnóstico inicial como en hipótesis diagnósticas intermedias durante el tratamiento psicoanalítico.

Descriptor: Diagnóstico, Psicopatología en la infancia, Psiquiatría dinámica, Psiquismo temprano, Autismo.

El diagnóstico

El tema del diagnóstico en niños es un tema actual y a la vez controvertido, no sólo en el ámbito científico relacionado con la Salud Mental Infantil sino también en su repercusión en la sociedad en general. Múltiples referencias al mismo escuchamos en nuestros consultorios. *"Quiero saber si mi hijo es autista"; "El pediatra dice que no se puede diagnosticar porque es muy chiquito, pero en la escuela nos piden un diagnóstico"*. También los profesionales nos vemos involucrados en estas contradicciones; algunas interpretaciones de la Ley de Salud Mental 26.657, sancionada en la Argentina en el 2010 y reglamentada en el 2013, desaconsejan los diagnósticos en niños; sin embargo, para tramitar el certificado de discapacidad (CUD), la Junta de Evaluación pide un diagnóstico y las empresas de medicina prepaga lo exigen para autorizar las prestaciones adecuadas.

Dentro del ámbito científico, a su vez, hay opiniones diferentes, tanto en relación a la utilidad de un diagnóstico, como a cuáles serían los instrumentos para llegar a él. He leído varios artículos en los cuales se destacan los aportes del psicoanálisis a la psiquiatría, como una manera de humanizarla, darle profundidad y combatir una semiología puramente clasificatoria, basada sólo en los síntomas y el comportamiento, a la manera del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE). En ese sentido, los profesionales con orientación psicodinámica han bienvenido —aunque no se han popularizado— la aparición de clasificaciones menos esquemáticas que toman en cuenta lo emocional, lo interrelacional y concepciones más dinámicas y estructurantes, configurando síndromes que permiten hacer una envoltura más global y desestigmatizante de una disfuncionalidad en el comportamiento o en las relaciones sociales.

Tampoco podemos decir que los DSM son clasificaciones basadas en la nosografía psiquiátrica. Al contrario, hay serios cuestionamientos desde este vértice, ya que el DSM es una agrupación de síntomas, y no una nosografía psiquiátrica propiamente dicha. No hay un árbol clasificatorio que le de coherencia a la clasificación, solo un agrupamiento superficial por sintomatología. Según psiquiatras y a la vez psicoanalistas infantiles como Lebovici, Soulé y Diatkine (1995), niños con patologías diferentes pueden compartir sintomatología. Además en dicha clasificación hay llamativas ausencias de algunas categorías diagnósticas, como la psicosis infantil. En relación al diagnóstico, pienso que los profesionales de Salud Mental podemos ser “bilingües”, o sea utilizar a la vez un diagnóstico psiquiátrico y una visión metapsicológica del trastorno de un paciente, teniendo en cuenta factores emocionales, mecanismos de defensa, el contexto familiar y social, etc.

En este camino incursionaron la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA R-2012), el Manual diagnóstico psicodinámico 2ª edición (PDM - 2) y quizá con mejor suerte la Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los Trastornos del Desarrollo en la Infancia y la Niñez Temprana DC 0-3. Esta última abarca un segmento evolutivo específico —los cuatro primeros años de vida— que venía siendo un poco descuidado, o por lo menos no muy tenido en cuenta por las clasificaciones tradicionales. A la luz de la mayor importancia y visibilidad dada a la psicopatología del bebé, la clasificación 0-3 (Zero to three) puede encontrar menores resistencias de parte de la sociedad en general y de los profesionales dedicados a la primera infancia.



Vicisitudes de la interdisciplina e intereses creados

He hablado de esto en otras oportunidades¹; seguirá siendo una lucha de los profesionales psicodinámicos con las corporaciones, entre ellas los laboratorios y empresas farmacéuticas. Lucha a veces desigual, a veces no tanto, cuando nos encontramos con familias insistidoras, insatisfechas con los enfoques exclusivamente neurológicos o conductuales. Dichas familias intentan rescatar la individualidad y la singularidad de alguno de sus miembros en riesgo, y más particularmente cuando éste es un nene chiquito.

Influenciada seguramente por dicho pensamiento corporativo, una madre manifiesta. *"Me dijo que la neuróloga que esta medicación la necesita porque le falta serotonina, por eso se porta así"*. Otra reclama en mi carácter de coordinadora de un equipo *"En el Centro tal me dijeron que mi hijo tiene un trastorno de atención con hiperactividad que nunca me habían mencionado, por eso no mejoraba. Y ahora ¿quién me compensa el tiempo perdido?"*

Sin embargo, otros padres consultan solicitando un abordaje más humano, hartos de llenar cuestionarios y hacer ejercicios con los niños como único método de diagnóstico y tratamiento.

Otros destinatarios: los psicoanalistas de niños y adolescentes

Ahora bien: en esta ocasión querría tomar un camino inverso, dirigido a una población formada psicoanalíticamente, convencida de la singularidad y especificidad de cada aparato psíquico, reacia a veces a las clasificaciones y nosografías, con el argumento de que estas anulan la individualidad o la noción de conflicto psíquico enraizado en la historia personal de cada niño y cada familia. Un psicoanalista, al pedírsele un artículo sobre este tema, rechazó toda posibilidad de vincular la psiquiatría con el psicoanálisis. Una colega rechazó el pedido, por parte de la madre del paciente, de hacer una interconsulta psiquiátrica debido a la prevalencia en la familia de un trastorno mental con carga hereditaria. Los que consideramos al individuo como un psique-soma no nos atrevemos a ser tan ter-

¹ Congreso de FEPAL 2022. Mesa: Políticas en Salud Mental y Psicoanálisis en tensión. Incertezas del psicoanálisis. Ponencia Claudia Bregazzi "Dificultades del abordaje psicoanalítico en niños y adolescentes con trastornos en su subjetividad. Vicisitudes de la interdisciplina e intereses creados".

minantes. Querría reconciliar y en algún caso conciliar la visión nosográfica con la evaluación y atención de un niño o de una familia, específicamente en el caso de la niñez temprana. Clasificamos trastornos, diagnosticamos a un niño.

Ya lo hizo S. Freud, (1916) con sorprendente naturalidad, en su conferencia “Psicoanálisis y Psiquiatría”, cuando comparó a esta última con la Anatomía —por su visión macroscópica de los órganos— y al Psicoanálisis con la Histología, que se ocupa de los tejidos, o sea de la visión microscópica de cada órgano y de su integración a un sistema incluido en el funcionamiento global del organismo, lo que sería en medicina la fisiopatología y en psicoanálisis la metapsicología. Dejando de lado —sin olvidarla— la afirmación de Freud de que en un futuro se encontrarían las bases fisiológicas de las neurosis, querría abordar cuál es la utilidad de instrumentos diagnósticos como las clasificaciones y las escalas

Validez y utilización de las clasificaciones y escalas diagnósticas

Clasificaciones

En la Introducción al Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, sus tres autores —Lebovici, Soulé y Diatkine— rescatan el valor de las microinteracciones tempranas —distinguibles al pasar los videos en cámara lenta— y de los aportes del bebé, en un movimiento compensatorio a lo que en algún momento tomó la delantera, que fue considerar los síntomas del bebé sólo como emergentes del seno familiar. Si bien es cierto que la proverbial e innegable asimetría entre adultos y niños hace que los padres o cuidadores deban en todo caso detectar e intentar reparar las disarmonías relacionales, también es cierto que en estas disarmonías puede haber factores propios del bebé a los cuales los adultos deben adaptarse y sostener, o bien abocarse a investigar.

O sea, no siempre es cierto que los síntomas de los niños son síntomas de los padres; a veces la sintomatología de los niños produce síntomas en los padres y es trabajo del analista evitar que se perpetúe un círculo vicioso que va a dejar al niño desamparado. Como dice Marie-Christine Laznik-Penot (1995) “Un niño que no habla o dejó de hablar, que no mira o dejó de mirar, desorganiza totalmente a los padres” al punto que éstos a su vez se retraen, dejan de mirarlo o hablarle y por supuesto de intentar buscar alguna significación en las pocas palabras —muchas veces repetitivas o estereotipadas— que dice. Es función del psicoanalista romper este círculo vicioso, otorgar significación a las producciones del niño, devolverle “el fulgor de llama” para que sus padres o cuidadores lo miren y escuchen con renovado interés.

Es importante detectar la etapa evolutiva del niño y captar su medio ambiente; por ello es necesario tomar no sólo una historia evolutiva sino también una historia familiar. Muchos psicoanalistas hacen hincapié en ello, como Piera Aulagnier y Esperanza Plá. La clasificación Zero to three codifica en el eje II las características de la relación parento-filial, clasificando sus trastornos como relación sobreinvolucrada, subinvolucrada, ansiosa, hostil, mixta o abusiva. También tiene en cuenta los estresores ambientales, las enfermedades orgánicas y la interrelación con un otro significativo.

A su vez, sabemos que algunos indicadores de enfermedades graves del adulto se encuentran ya en la infancia, aunque de otra manera². El abordaje en la infancia —si se detecta— permite no solo evitar enfermedades del adulto, sino que el niño enfrente con mayores recursos desafíos posteriores. Esta explicitación ante los padres puede ayudar a que acepten la indicación terapéutica: por ejemplo, el diagnóstico de dificultades en la infancia puede alertar sobre su posible irrupción en la pubertad, haciéndole al joven más difícil atravesar la conmoción adolescente.

En Psicoanálisis y Psiquiatría de la niñez temprana nos enfrentamos con crudeza a un factor esencial: el desarrollo, que cursa a través de las llamadas etapas evolutivas. Por más que sean innegables las significaciones y resignificaciones, éstas pueden darse cuando el desarrollo va marcando sus ritmos. Sabemos que los síntomas y rasgos de comportamiento adquieren su significado e importancia según las etapas del desarrollo, pero también a veces pueden detenerlo o alterarlo. Un bebé retraído, sea cual fuere la causa y dada la innegable incidencia de la interacción con el entorno en su maduración y adquisición de nuevos patrones, inevitablemente se retrasa en su desarrollo.

En la Introducción al ya mencionado Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, sus autores sostienen que es posible ser a la vez psicoanalista y psiquiatra, y que la nosografía tiene su utilidad en diferentes campos, como en lograr un lenguaje común —aunque no sea preciso— para manejarse en la interdisciplina. Cito un párrafo particularmente ilustrativo:

La crítica de la posible subordinación de la investigación nosológica al mantenimiento de un cierto orden no debe, sin embargo, hacernos perder de vista la necesidad de utilizar clasificaciones, etapa primera de cierto intento de comprensión. Una clave semántica es indispensable para la reflexión. Como ningún progreso científico es posible en soledad, esa misma clave es necesaria, tanto para la comunicación entre contemporáneos como entre generaciones. Tan sólo se convertirá en fuente de errores si se toma el instrumento como objeto de conocimiento. (Lebovici S., Soulé, M., Diatkine, R., 1990, p. 11)

² Por ejemplo, la depresión infantil puede caracterizarse por irritabilidad, mala conducta y búsqueda inconciente de castigo.

Escalas

Cercanas a las clasificaciones diagnósticas están las escalas, instrumentos estandarizados que cuantifican y evalúan aspectos específicos del funcionamiento de un niño, niña o adolescente. Son herramientas de evaluación clínica para obtener puntuaciones numéricas de la gravedad de los síntomas, entenderse en la interdisciplina y monitorear la evolución y la efectividad de los tratamientos.

Entre las más utilizadas en la primera infancia se encuentran:

- La escala ADBB (Alarm Détresse Bébé, en español Alarma de la Retracción del Bebé) de Antoine Guedeney (2001). Se aplica para detectar el retraimiento relacional de un bebé entre los dos meses y los dos años. Se evalúa la interacción no verbal del bebé con otra persona —distinta del cuidador primario, por ejemplo el pediatra— a través de 8 ítems: expresión facial, contacto visual, respuesta al estímulo, vocalizaciones, actividad general, capacidad de establecer una relación, atracción que despierta el bebé en el observador y presencia o no de gestos de autoestimulación. Tiene la ventaja de no incluir la palabra “autismo” en su título, ya que el retraimiento puede deberse también a muchos otros factores.
- El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) de Simón Barón Cohen (1992) detecta juego simbólico y atención conjunta, entre los 18 y 30 meses. Predice riesgo de patologías relacionadas con el autismo.
- La escala C.A.R.S, (Childhood Autism Rating Scale) de Schopler y col. (1980) a partir de los 24 meses, que explora conductas comúnmente observadas en niños autistas y permite distinguir entre autismo grave, moderado, leve y no-autismo. Está ampliamente reconocida y como las anteriores, se utiliza como estudio complementario en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de trastornos con defensas autistas.

Estas escalas no son diagnósticas, sino que:

- 1) Pueden funcionar como método de screening en una población, luego del cual los niños con puntaje cercano al límite serían considerados de riesgo y evaluados más profundamente. De esta manera permite la detección precoz de retraimiento que puede deberse a múltiples causas: dolor crónico, alteraciones sensoriales, depresión, trastornos vinculares, problemas endócrinos, ansiedad y en casos más graves trastornos del espectro autista. Este retraimiento, si no se corrige, puede desembocar secundariamente en defensas autistas más o menos consolidadas.
- 2) Permiten coordinar estrategias en diferentes ámbitos, no solo terapéuticos sino también, por ejemplo, educativos o sociales.



3) Posibilitan un seguimiento sólido de la evolución del desarrollo del niño, realizando diferentes evaluaciones a tiempos pautados, por ejemplo a los 3 meses, a los 6, etc., lo cual permite evaluar los resultados del tratamiento o bien afinar el diagnóstico, en el caso de que hubiera dudas en una observación preliminar

4) Prepara el camino para unificar criterios en las evaluaciones o tratamientos interdisciplinarios, ya que es una escala simple que puede ser tomada por distintos profesionales debidamente capacitados: psiquiatras, psicólogos, estimuladores tempranos, fonoaudiólogos, psicomotricistas y educadores. Cada uno luego fundamentará la etiología y las líneas de acción terapéutica o educativa según su propia disciplina.

5) Sienta bases para futuras investigaciones, como estudios en poblaciones diversas, resultados de diferentes tratamientos, etc.

Avatares de los criterios diagnósticos

Como psicoanalista no utilizo la mirada diagnóstica sólo al comienzo de un tratamiento, sino en las diferentes etapas del mismo³, lo cual me permite evaluar la evolución y la marcha del tratamiento en los aspectos que he captado en las entrevistas iniciales. Con respecto a esto último creo que la mayoría de los psicoanalistas de niños y adolescentes coincidirían en la realización de un período inicial de evaluación, lo llamen o no diagnóstico.

Hago diagnóstico también en el medio de un tratamiento, según la respuesta del niño a mi intervención, tamizada por mi contratransferencia. Esto ha sido destacado por psicoanalistas de niños, tales como Bernard Golse (2021), quien afirma que en el caso de niños autistas o con riesgo de autismo, nuestra contratransferencia nos hace de brújula sobre la cercanía o distanciamiento del niño en la relación con nosotros. Hay niños con defensas autistas muy rígidas y encapsuladas, cuya retracción e ignorancia del otro nos desalientan y a veces nos irritan. Otros, en cambio, nos despiertan ganas de ayudarlos a cruzar la brecha relacional. Estos niños perciben que hay otro, pero su temor al contacto y a los peligros que intuyen que pueden acecharlos los frena y se retraen defensivamente, pero dejando una luz de esperanza. La importancia de la contratransferencia —aunque no su exclusividad— en el proceso diagnóstico ha sido destacada por muchos autores.

³ Me refiero a criterios diagnósticos aplicados a las modalidades de juego o interacción del niño, y no a un nuevo proceso diagnóstico.

Al tocar este tema no puedo sino recordar una niña de 3 años con dificultades relacionales —que retrospectivamente atribuyo más a un trastorno de regulación de la Clasificación Zero to three que a un trastorno del espectro autista— quien ante una vivencia que interpretó como de amenaza de fragmentación se retrajo notoriamente, protegiéndose debajo de una mesa. Aunque no respondía a mis intentos verbales de acercamiento, de pronto reptó por el piso y sorpresivamente se subió a mi regazo, ante mi asombro y el de la madre que estaba presente. Mi respuesta contratransferencial fue de vergüenza y pudor en relación a la madre, como si yo le estuviera robando a su hija. Este sentimiento me puso luego sobre la pista de que la niña no me usó como un objeto-sillón sino como un objeto maternante en la transferencia. No fue una conducta adhesiva a la superficie de mi cuerpo, sino que se basó en una visión tridimensional del mismo —meterse dentro de mí— lo cual fue decisivo a la hora de esbozar un diagnóstico y enfocar un tratamiento.

El diagnóstico como proceso

El diagnóstico es un proceso, lleva varias entrevistas y varias fuentes, y nunca puede soslayar las horas de juego individuales y por lo menos una familiar. No es necesario ser un especialista en terapia familiar para realizarla. Cualquier psicoanalista especializado en niños y adolescentes, con experiencia, puede detectar “con poco aumento” disfunciones familiares, secretos, coerciones o contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace. También puede, en las entrevistas de devolución, señalar a los padres algunas características o funcionamientos del niño que se evidenciaron en esa hora de juego familiar, sin necesidad de mostrarles un dibujo o relatarles una conducta del niño en la hora de juego individual. Recuerdo un púber que, al pedirle un dibujo de la familia kinética, se dibujó a él mismo nadando solo en el río, mientras que el resto de la familia estaba reunida alrededor de una mesa, en la orilla, tomando la merienda. Durante la hora familiar, ese mismo joven se mantuvo jugando solo en un rincón mientras el resto de la familia jugaba a las cartas. No me fue difícil mostrarle a los padres como el niño tendía a aislarse, lo cual sorprendentemente no había sido notado por ellos en la vida diaria. Y no fue necesario mostrarles el dibujo, lo cual hubiera mellado la confidencialidad.

Como psiquiatra y psicoanalista coincido con los autores del Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Lebovici, Soulé y Diatkine, quienes consideran que el proceso diagnóstico en Psicopsiquiatría Infantil:

- Permite relativizar la signosintomatología sin descartarla, porque diferentes tipos de patologías con diferente gravedad pueden tener, a simple vista, una semiología similar, como en el caso de la niña ya citado.
- Permite un lenguaje común con la interdisciplina
- Permite evaluar la evolución favorable o no del tratamiento
- Ahora bien, los diagnósticos en salud mental de la primera infancia son provisorios, o parafraseando a Gisela Untoglich (2019) “se escriben con lápiz”.

¿Qué elementos utilizamos para el diagnóstico?

La clasificación Zero to three intenta detectar patrones de síntomas y conductas, factores etiológicos o fisiopatológicos en algunos casos. Estos se pueden obtener por diferentes canales:

1. *Entrevistas a padres o cuidadores primarios* Si bien recolectamos información, ésta no es solo narrativa; no recolectamos sólo datos históricos, sino la forma como estos son proporcionados: con mayor o menor emoción, con qué grado de participación de padre y madre y si la misma es coherente o al contrario, aparecen contradicciones o rispideces en el relato.
2. *Horas de juego individuales y por lo menos una familiar o vincular.* Como sabemos los psicoanalistas, la hora de juego es el elemento príncipe del diagnóstico. Por lo menos dos, ya que esto permite evaluar la flexibilidad de los mecanismos de defensa y de las formas de comunicación, parafraseando en parte a David Liberman cuando atribuía valor pronóstico favorable al hecho de que la primera y segunda entrevista con un paciente adulto fueran diferentes. Aun si tuviera que evaluar en interconsulta a un niño con patología grave para ser medicado, tomaría la hora de juego. En ella podemos evaluar la calidad de los mecanismos de defensa, el grado de juicio de realidad según la etapa evolutiva, el tipo de ansiedades neuróticas o psicóticas, etc.
3. *Otros recursos.* Creo que todos los analistas recurrimos al dibujo libre; muchos de nosotros pedimos un registro narrativo, o sea un relato sobre el mismo. No hay tanta coincidencia en la toma de otro tipo de dibujos o tests, como familia kinética, HTP, test gestáltico visomotor de L. Bender y tests proyectivos. Es opinable si estos procedimientos amplían la visión inicial sobre ese niño o niña, o si por el contrario, actúan como dispersores de la transferencia.

¿Qué diagnosticamos?

1. Cuadros psicopatológicos y mecanismos de defensa.
2. Nuestra contratransferencia.
3. Problemas no abordados en las clasificaciones más conocidas, como el trastorno de regulación de la CD 0-3; manifestaciones más tempranas de problemas descriptos para niños mayores; manifestaciones específicas en la infancia que se manifiestan de otra manera en niños mayores o adultos
4. En este proceso debemos tener en cuenta la carga hereditaria o genética de algunos trastornos que si bien no los determinan inexorablemente, pueden facilitar su aparición o gravedad.

¿Para quién diagnosticamos? ¿Nos determina la demanda?

No creo exagerar demasiado si conjeturo que en los comienzos del psicoanálisis de niños diagnosticar solía ser una mala palabra y el informe diagnóstico un sacrilegio. Quizá había una necesidad y un deseo de diferenciarse de la psiquiatría y del diagnóstico médico y, en algunos casos, considerar el psicoanálisis como un arte y no como una ciencia.

Ha transcurrido mucho tiempo desde ese comienzo pionero, y ha corrido mucha agua bajo el puente. Para muchos profesionales y no profesionales, el psicoanálisis forma parte privilegiada de los abordajes en Salud Mental y como tal no puede sustraerse del diagnóstico, entre otras razones, para no exponerse o resignarse a desaparecer como método evaluatorio y terapéutico.

Los padres de los pacientes consultan muchas veces con pedidos de diagnóstico. Esto, lejos de disgustarnos, debería honrarnos: nos están pidiendo una opinión autorizada, en el fárrago de ofertas diagnósticas y terapéuticas, Wikipedias, asociaciones de padres, "googlemanías" y actualmente la Inteligencia Artificial. El pedido de un informe escrito, lejos de molestarnos y hacernos sentir exigidos, debería llevarnos a empatizar con el que lo solicita: la necesidad de poder leer despacio y tranquilo lo que nos dijo el analista en la devolución se combina con la tranquilidad de suponer que nuestra impresión diagnóstica o nuestra indicación terapéutica podrá ser menos distorsionada.

También desde las escuelas u otros abordajes terapéuticos nos solicitan informes u opiniones. Creo que estamos lejos de la aseveración "*No voy a las escuelas*", "*No escribo informes*", "*Veo a los padres lo menos posible*". Estas actitudes, aunque respetables,

pueden haber contribuido al descrédito del psicoanálisis en nuestro tiempo y en nuestro medio. Como ha dicho alguna vez Arnaldo Smolla en un ateneo en nuestra Institución, si los padres o las escuelas no obtienen respuestas del analista, seguramente le van a preguntar a otra persona, menos calificada. No todos los padres —ni siquiera la mayoría— están analizados o se analizan; no todos los padres siguen nuestro consejo de derivación a un analista para ellos: es más, como dije en alguna oportunidad (Bregazzi, 2024), a veces se sienten rechazados si los queremos derivar de entrada.

No olvido el comentario de mi maestro Horacio Etchegoyen en relación a que el analista debe seguir las reglas de la buena educación y escuchar al paciente y, en nuestro caso, a los padres, y tratar de responderles sin faltar a la confidencialidad ni caer en confesiones contratransferenciales. Se puede informar a los padres sobre su hijo sin quebrar la confidencialidad; se puede hacer un informe para la escuela de la misma manera y sin incluir información sobre los padres. Dentro de la buena educación se incluye la discreción y se respeta el secreto profesional.

Reflexiones finales

Tanto los psicoanalistas como otros profesionales de la Salud Mental sabemos la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo de una persona. Dentro de estos primeros años se entrelazan los factores genéticos, la neuroplasticidad (la capacidad del sistema nervioso de generar o suprimir el desarrollo neuronal y sináptico, que alcanza su cúspide alrededor del tercer año de vida), el entorno y el desarrollo de la subjetividad en una red interrelacional.

También sabemos, por un lado, la importancia de la comunicación entre nosotros y las personas que nos consultan y por otro de la resistencia inconciente a la misma. Intuimos también que no somos la única fuente de consulta; los padres de nuestros pacientitos se encuentran con una extensa y a veces caótica oferta de información frente a la cual no siempre están capacitados para discernir su legitimidad. Es por ello que tenemos que tratar no sólo de ser receptivos sino también de estar informados sobre los nuevos hallazgos científicos y las actualizaciones en nuestra y en otras disciplinas, para seguir valorizando nuestra ciencia, enriquecerla cuando corresponda y defenderla ante embates descalificatorios surgidos a veces de la ignorancia y otras de los ya citados “intereses creados”.

Para ello no debemos desvalorizar las inquietudes de los padres de nuestros pacientitos, sino, luego de escucharlos con atención, comunicarles con claridad y afecto lo que nosotros pensamos sobre lo que le pasa a su niño y cuál es el camino que en ese momento nos

parece adecuado, incluyendo cuando sea necesario la interdisciplina y relativizándola o descartándola en algunos casos. En diálogo interno con mi querido maestro pienso que “lo cortés no quita lo valiente” y una dosis de valentía es necesaria para el ejercicio del psicoanálisis.

Claudia Bregazzi: Médica Psicoanalista General y Especialista en Niños y Adolescentes. Psiquiatra Infantojuvenil. Magister en Psicopatología y Salud Mental. Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Profesora Universitaria. Ex Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del IUSAM. Ex Coordinadora del Área de Autismo y Patologías Graves de APdeBA.

Psicanálise e Psiquiatria. Detecção precoce de distúrbios na primeira infância

Resumo: Este artigo procura abordar o tema da detecção precoce dos distúrbios da primeira infância através do processo diagnóstico, no qual podem interagir a visão psicanalítica com as classificações nosográficas dos distúrbios mentais, que geralmente correspondem ao campo da Psiquiatria Infantil. Descrevo algumas classificações e escalas utilizadas na primeira infância, bem como a metodologia psicanalítica para chegar a um diagnóstico inicial que nos permita enfocar um tratamento adequado para aquela criança em particular. Destaco a importância da contratransferência, tanto no diagnóstico inicial quanto nas hipóteses diagnósticas intermediárias durante o tratamento psicanalítico.

Descritores: Diagnostico, Psicopatologia na infância, Psiquiatria dinâmica, Psiquismo Precoce, Autismo.

Psychoanalysis and Psychiatry. Early detection of disorders in early childhood

Abstract: This article attempts to address the issue of early detection of early childhood disorders through the diagnostic process, in which the psychoanalytic perspective can interact with the nosographic classifications of mental disorders, which usually correspond to the field of child psychiatry.

I describe some classifications and scales used in early childhood, as well as the psychoanalytic methodology for reaching an initial diagnosis that allows us to focus on an appropriate treatment for that particular child. I highlight

the importance of countertransference, both in the initial diagnosis and in intermediate diagnostic hypotheses during psychoanalytic treatment.

Descriptors: Diagnoses, Childhood psychopathology, Dynamic psychiatry, Early psychism, Autism.

REFERENCIAS

- Asociación Franco Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. (2017). *Clasificación francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA R-2012)*. Polemos.
- Bregazzi, C. (2024). Vigencia, inmanencia y transformaciones del encuadre en el Psicoanálisis de Niños. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 35, 11-22. www.controversiasonline.org.ar
- Freud, S. (2009). Psicoanálisis y Psiquiatría. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III. Doctrina General de las Neurosis. En *Obras completas*. Amorrortu.
- Golse, B. (2021). *Mi combate por los niños autistas*. Miño y Dávila.
- Laznik Penot, M.C. (1995). *Hacia el habla. Tres niños autistas en psicoanálisis*. Nueva Visión.
- Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (1990). Introducción. En *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Biblioteca Nueva.
- Lingiardi, V. & Mc Williams, N. (2017). *PM-2. Manual de Diagnóstico Psicodinámico* (2a ed.). PSISE www.psi-semadrid.org/pdm-2/
- Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Noveduc.
- Zero to three. (2005). *Manual DC 0-3 R. Clasificación de diagnóstico de la Salud Mental y trastornos de comportamiento en bebés y en la primera infancia*.