

## 14. LA TENDENCIA ANTISOCIAL

(Trabajo leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica el 20 de junio de 1956)

La tendencia antisocial le plantea al psicoanálisis algunos problemas teóricos y prácticos difíciles de tratar. En su introducción a *La juventud descarriada*, de Aichhorn, Freud demostró que el psicoanálisis no sólo ayuda a comprender la delincuencia, sino que además se enriquece al comprender la labor que realizan quienes deben tratar con delinquentes.

He optado por referirme a la tendencia antisocial, y no a la delincuencia, porque la defensa antisocial organizada está recargada de beneficios secundarios y reacciones sociales que dificultan su investigación a fondo hasta llegar al meollo de la cuestión. En cambio, la tendencia antisocial se puede estudiar tal como aparece en el niño normal o casi normal, en quien se relaciona con las dificultades inherentes al desarrollo emocional.

Comenzaré por dos simples referencias al material clínico:

Para mi primer análisis de un niño, elegí a un delincuente. El muchacho asistió con regularidad a las sesiones durante un año, hasta que se puso fin al tratamiento a causa de los disturbios que provocaba en la clínica. Diría que el análisis iba bien y que su terminación fue penosa para ambos, pese a las malas pasadas que me jugó en varias ocasiones: se escapaba y subía a los techos, y otra vez hizo correr tal cantidad de agua que inundó el sótano; violentó la cerradura de mi auto, se subió a él y, valiéndose del arranque automático lo puso en marcha con el motor en primera. La clínica ordenó dar por terminado el tratamiento para bien de los demás pacientes. El muchacho fue derivado a una escuela de readaptación social.

En la actualidad tiene 35 años; ha podido ganarse la vida con un trabajo adecuado a su temperamento inquieto, está casado y tiene vanos hijos. No obstante, temo seguir su caso porque podría volver a comprometerme con un psicópata; prefiero que la sociedad siga cargando con la responsabilidad de su manejo.

Salta a la vista que este niño no debió ser tratado por medio del psicoanálisis, sino colocándolo en un ambiente adecuado. En su caso, el psicoanálisis sólo tenía sentido como tratamiento adicional ulterior. Desde entonces, he observado cómo fracasan en el psicoanálisis de los niños antisociales los analistas de cualquier orientación.

El caso siguiente demuestra, en cambio, con qué facilidad podemos tratar a veces una tendencia antisocial, si la terapia es complementaria de una asistencia ambiental especializada.

Una amiga me consultó con respecto al mayor de sus cuatro hijos, llamado John. Le era imposible traerlo abiertamente a mi consultorio porque su esposo se oponía a la psicología por razones religiosas, de modo que sólo podía reunirse ella (conmigo) para conversar acerca de los robos compulsivos del muchacho, que iban tomando un cariz bastante grave: para entonces, ya robaba en gran escala tanto en los comercios como en el hogar. Por motivos prácticos, la madre y yo sólo pudimos concertar un almuerzo rápido en un restaurante, durante el cual ella me contó sus cuitas y me pidió consejo. Toda ayuda de mi parte sería imposible, a menos que pudiera prestársela en ese momento y lugar. Así pues, le expliqué el significado de los robos y le sugerí que buscara un buen momento en su relación con John y le hiciera una interpretación de

tales actos. Al parecer, todas las noches ella y John mantenían por breves instantes una buena relación recíproca cuando el niño ya se había acostado; entonces él solía hablarle de la luna y las estrellas. Ella podría aprovechar ese momento.

Le propuse lo siguiente: "Dígale que usted sabe que él no roba porque desee o necesite lo que roba, sino porque busca algo a lo que tiene derecho: está formulando una demanda a su madre y su padre, pues se siente privado de su amor". Le aconsejé que usara un lenguaje comprensible para el niño. Sus padres eran músicos y yo conocía a la familia lo bastante bien como para percibir de qué modo John se había convertido hasta cierto punto en un niño privado, pese a tener un buen hogar.

Tiempo después recibí una carta de mi amiga, comunicándome que había seguido mi consejo: "Le dije que cuando robaba dinero, comida y objetos, en realidad quería tener a su mamá. Debo admitir que en verdad no esperaba ser comprendida, pero al parecer me entendió. Le pregunté si pensaba que no lo amábamos porque a veces era muy desobediente; me contestó sin ambages que no se creía muy amado. ¡Pobrecito! No puedo expresarle lo mal que me sentí. Le dije que nunca volviera a dudar de nuestro cariño, que si alguna vez le asaltaba la duda me lo recordara y yo se lo reafirmaría. Por supuesto, pasará tiempo antes de que necesite que me lo recuerde, ¡fue un sacudón tan grande! Se diría que necesitamos este tipo de conmociones. Por lo tanto, me muestro mucho más efusiva con él para tratar de evitar que recaiga en sus dudas. Hasta ahora, los robos han cesado por completo".

La madre había conversado con la maestra de John, explicándole que el niño necesitaba ser amado y apreciado. La maestra accedía a cooperar, pese a que John causaba muchos problemas en la escuela.

Transcurridos ya ocho meses, puedo informar que John no ha vuelto a robar y que sus relaciones con la familia han mejorado muchísimo. Al considerar este caso debe recordarse que yo había conocido muy bien a la madre en su adolescencia y, hasta cierto punto, la había atendido durante una fase antisocial. Era la hija mayor de una familia numerosa. Pertenecía a un hogar muy bueno pero su padre había impuesto una disciplina rígida, especialmente cuando ella era una niña de corta edad. Por consiguiente, mi intervención actuó como una doble terapia al posibilitarle a esa mujer joven llegar a vislumbrar sus propias dificultades a través de la ayuda que pudo prestar a su hijo. Cuando podemos ayudar a los padres a prestar ayuda a sus hijos, de hecho los estamos ayudando a tratar sus propios problemas.

(En otro trabajo me propongo presentar casos clínicos ilustrativos sobre el manejo de los niños con tendencias antisociales. Aquí sólo intento enunciar brevemente en qué se basa mi actitud personal ante el problema clínico.)

## NATURALEZA DE LA TENDENCIA ANTISOCIAL

Esta tendencia *no es un diagnóstico* ni admite una comparación directa con otros términos de diagnóstico tales como neurosis y psicosis. Se la puede encontrar en un individuo normal o en una persona neurótica o psicótica. Aparece a cualquier edad, si bien, para mayor simplicidad, me referiré únicamente a los niños antisociales.

Podemos concatenar del siguiente modo las diversas expresiones en uso en Gran Bretaña:

Una criatura se convierte en niño privado cuando se lo priva de ciertas características esenciales de la vida hogareña. Emerge hasta cierto punto lo que podría llamarse el "complejo de privación". El niño manifiesta entonces una conducta antisocial en el hogar o en un ámbito más amplio. La tendencia antisocial del niño

puede imponer, con el tiempo, la necesidad de considerarlo un inadaptado social y ponerlo bajo tratamiento en un albergue para niños inadaptados o llevarlo ante la justicia como un menor ingobernable. El niño, convertido ahora en delincuente, quedará en libertad condicional por orden judicial o será enviado a una escuela de readaptación social. Si el hogar de ese niño deja de cumplir alguna función importante, la ley de Menores de 1948 autoriza al Comité de Menores a tomarlo a su cargo y proporcionarle "cuidado y protección". En lo posible se buscará para él un hogar adoptivo. Si estas medidas no dan resultado, puede decirse que el joven adulto se ha convertido en psicópata; quizá la justicia lo envíe a un correccional o a la cárcel, según correspondiere por su edad. El término reincidencia designa la tendencia establecida a repetir los actos delictivos.

Todo este léxico no se refiere en absoluto al diagnóstico psiquiátrico del individuo. La tendencia antisocial se caracteriza por contener un elemento que compele al ambiente a adquirir importancia.

Mediante impulsos inconscientes, el paciente compele a alguien a ocuparse de su manejo. Incumbe al terapeuta comprometerse en este impulso inconsciente del paciente y tratarlo, valiéndose de su manejo, tolerancia y comprensión.

*La tendencia antisocial implica una esperanza.* La falta de esperanza es la característica básica del niño privado que, por supuesto, no se comporta constantemente en forma antisocial, sino que manifiesta dicha tendencia en sus períodos esperanzados. Esto podrá ocasionar inconvenientes a la sociedad (y a usted, si la bicicleta robada es la suya...), pero quienes no se ven afectados en modo alguno por estos robos compulsivos pueden percibir la esperanza subyacente. Cabe preguntarse si nuestra propensión a encomendar a otros el tratamiento del delincuente no obedecerá, entre otras razones, a que nos desagrada ser víctimas de un robo.

Comprender que el acto antisocial es una expresión de esperanza constituye un requisito vital para tratar a los niños con tendencia antisocial manifiesta. Una y otra vez vemos cómo se desperdicia o arruina ese momento de esperanza a causa de su mal manejo o de la intolerancia. Es otro modo de decir que el tratamiento adecuado para la tendencia antisocial no es el psicoanálisis, sino el manejo: debemos ir al encuentro de ese momento de esperanza y estar a la altura de él.

Los especialistas en la materia saben desde hace mucho tiempo que hay una relación directa entre la tendencia antisocial y la privación. En la actualidad y esto se lo debemos en gran parte a John Bowlby, se ha generalizado el reconocimiento de que existe una relación entre la tendencia antisocial individual y la privación emocional; los casos típicos se dan aproximadamente entre el año y los dos años de edad, o sea cuando la criatura deja de ser un bebé y empieza a dar sus primeros pasos.

Cuando existe una tendencia antisocial habido una verdadera privación y no una simple privación. En otras palabras, el niño ha perdido algo bueno que, hasta una fecha determinada, ejerció un efecto positivo sobre su experiencia<sup>9</sup> y que le ha sido quitado; el despojo ha persistido por un lapso tan prolongado, que el niño ya no puede mantener vivo el recuerdo de la experiencia vivida. Una definición completa de la privación incluye los sucesos tempranos y tardíos, el trauma en sí y el estado traumático sostenido, lo casi normal y lo evidentemente anormal.

---

<sup>9</sup> Esta idea parece estar implícita en la monografía de Bowlby, *Maternal Care and Mental Health*, (Los cuidados maternos y la salud mental), pág. 47, donde compara sus observaciones con las de otros investigadores y sugiere que las diferencias en los resultados se explican por la diferencia de edad entre los niños en el momento de su privación.

Nota:

Al enunciar la "posición depresiva" de Klein con mi propia terminología, procuré dejar en claro la estrecha relación existente entre el concepto de Klein y el énfasis puesto por Bowlby en la privación. Las tres etapas de reacción clínica que describe Bowlby con referencia a un niño de dos años que es hospitalizado pueden formularse, teóricamente, en términos de una pérdida gradual de la esperanza provocada por la muerte del objeto interno o versión introyectada del objeto externo perdido. Se puede profundizar la discusión de la importancia relativa que tendría la muerte del objeto interno por la rabia y el contacto de "objetos buenos" con productos del odio contenidos dentro de la psique, así como la madurez o inmadurez del yo en tanto afecte la capacidad de mantener vivo un recuerdo.

Bowlby necesita la intrincada enunciación de Klein, construida en torno a la comprensión de la melancolía y derivada de Freud y Abraham<sup>10</sup>, pero también es cierto que el psicoanálisis necesita tener en cuenta el énfasis puesto por Bowlby en la privación, pues sólo así podrá abordar este tópico especial de la tendencia antisocial.

Dicha tendencia siempre dos orientaciones, si bien a veces el acento recae más en una de ellas. Una de esas orientaciones está representada típicamente por el robo y la otra por la destructividad. Mediante el primero, el niño busca algo en alguna parte y, al no encontrarlo, lo busca por otro lado si aún tiene esperanzas de hallarlo. Mediante la segunda, el niño busca el grado de estabilidad ambiental capaz de resistir la tensión provocada por su conducta impulsiva; busca un suministro ambiental perdido, una actitud humana en la que el individuo pueda confiar y que, por ende, lo deje en libertad para moverse, actuar y entusiasmarse.

El niño provoca reacciones ambientales totales valiéndose en particular de la destructividad, como si buscara un marco en constante expansión, un círculo cuyo ejemplo inicial fue el cuerpo o los brazos de la madre. Podemos discernir una serie de encuadramientos: el cuerpo de la madre, sus brazos, la relación parental, el hogar, la familia (incluidos los primos y otros parientes cercanos), la escuela, la localidad de residencia con sus comisarías, el país con sus leyes.

Al examinar los comportamientos casi normales y las raíces tempranas de la tendencia antisocial (encaradas en función del desarrollo individual) deseo tener presentes en todo momento estas dos orientaciones: la búsqueda de objeto y la destrucción.

## EL ROBO

El robo va asociado a la mentira y ambos ocupan el centro de la tendencia antisocial.

El niño que roba un objeto no busca el objeto robado, sino a la madre, sobre la que tiene ciertos derechos. Estos derivan de que (desde el punto de vista del niño) la madre fue creada por él. Al responder a la creatividad primaria del hijo, la madre se convirtió en el objeto que el niño estaba dispuesto a encontrar. (Aquí conviene aclarar dos puntos: el niño no pudo haber creado a su madre; además, el significado que ella tenga para el niño depende de la creatividad de éste.)

Cabe preguntarse si es posible acoplar las dos orientaciones: el robo y la destrucción, la búsqueda de objeto y la conducta provocante, las compulsiones libidinales y las agresivas. A mi juicio, ambas se unen dentro del niño y esa unión representa una tendencia a la autocuración, entendiéndose por tal la cura de una defusión de los instintos.

---

<sup>10</sup> Véase el cap. 15 (Nota de los comps.)

Cuando en el momento de la privación original hay cierta fusión de las raíces agresivas (o de la motilidad) con las libidinales, el niño reclama a la madre valiéndose de un comportamiento mixto -roba, hace daño, arma líos- que varía conforme a los detalles específicos de su estado de desarrollo emocional. A menor fusión corresponde una mayor separación entre la búsqueda de objeto y la agresión, así como un mayor grado de disociación en el niño. De esto se infiere que la capacidad de causar fastidio observada en el niño antisocial es una característica esencial y, en el mejor de los casos, favorable, por cuanto indica una vez mas la posibilidad de recobrar la perdida fusión de las mociones libidinales y motilidad.

En el cuidado corriente del bebé, la madre debe habérselas constantemente con su capacidad de causar fastidio. Por ejemplo, es común que el bebé se orine sobre el regazo de la madre mientras mama. Más adelante, este acto aparece como una regresión momentánea durante el sueño o al despertar (enuresis). Cualquier exageración de esta capacidad de causar fastidio puede indicar la existencia, en el bebé, de cierta privación y tendencia antisocial.

Esta tendencia se manifiesta en el robo, la mentira, la incontinencia y, en general, en las conductas barulleras o que arman líos. Aunque cada síntoma posee un significado y valor específicos, el factor común en que se basa la intención con que procuro describir la tendencia antisocial es la capacidad que tienen los síntomas de causar fastidio. El niño explota dicha capacidad... y no lo hace por casualidad; su motivación es inconsciente en gran parte, pero no necesariamente en su totalidad.

## PRIMERAS SEÑALES DE LA TENDENCIA ANTISOCIAL

En mi opinión, las primeras señales de privación son tan comunes que pasan por normales. Tomemos como ejemplo la conducta imperiosa del niño, que la mayoría de los padres afrontan con una mezcla de sumisión y reacción. No es sinónimo de omnipotencia infantil, por cuanto ésta es una cuestión de realidad psíquica y no de conducta.

La voracidad es un síntoma antisocial muy común, estrechamente ligado a la inhibición del apetito. Si estudiamos la voracidad encontraremos el complejo de privación. En otras palabras, si un bebé se muestra voraz es porque experimenta cierto grado de privación y cierta compulsión a buscarle una terapia por intermedio del ambiente. La buena disposición de la madre a proveer lo necesario para satisfacer la voracidad del bebé explica el éxito del tratamiento en la gran mayoría de los casos en que tal compulsión es perceptible. En un bebé,

la voracidad (greediness) no es sinónimo de avidez (greed). La palabra "avidéz" se emplea en la enunciación teórica de los formidables reclamos instintivos que el bebé le hace a la madre al comienzo de su vida, o sea, cuando apenas empieza a posibilitarle a ella una existencia independiente y acepta por primera vez el principio de realidad.

Entre paréntesis, he oído decir a veces que una madre debe fallar en su adaptación a las necesidades de su bebé. Me pregunto si no será una idea equivocada, basada en la consideración de las necesidades del ello y la desatención de las necesidades del yo. Una madre debe fallar en cuanto a la satisfacción de las demandas instintivas del hijo, pero puede alcanzar un éxito absoluto en cuanto a "no dejar caer al bebé" y proveerle lo necesario para atender las necesidades de su yo, hasta tanto él pueda tener una madre introyectada sostenedora del yo y esté en edad de mantener esta introyección, pese a las fallas del ambiente actual en lo que atañe al soporte del yo.

El impulso de amor primitivo (pre-compasivo) no es idéntico a la voracidad incompasiva. En el proceso de desarrollo del bebé, los separa la adaptación de la madre.

Esta fracasa forzosamente en su empeño por mantener un alto grado de adaptación a las necesidades del niño, con la consiguiente posibilidad de que todo infante se vea privado hasta cierto punto; no obstante, el bebé es capaz de inducir a su madre a que le cure esta subdeprivación atendiendo a su voracidad, su tendencia a hacer barullo y armar líos, y demás síntomas de deprivación. La voracidad del niño forma parte de su búsqueda compulsiva de una cura que provenga de la misma persona (la madre) que causó su deprivación. Esta voracidad es antisocial y precursora del robo; la madre puede atenderla y curarla mediante su adaptación terapéutica, tan fácilmente confundida con la indulgencia excesiva. Debemos señalar, sin embargo, que la acción de la madre sea cual sea, no anula su falla inicial en su intento de adaptarse a las necesidades yojicas del bebé. Por lo común la madre puede atender los reclamos compulsivos del infante, aplicando así una eficaz terapia contra el complejo de deprivación, cercana a su punto de origen. Casi cura al bebé porque le permite expresar su odio, siendo que ella, la terapeuta, es en verdad la madre deprivadora.

Como se advertirá, aunque el bebé no está obligado en absoluto hacia la madre porque ella haya respondido a su impulso de amor primitivo, la terapia materna crea en él cierto sentimiento de deuda, entendiéndose por terapia materna la buena disposición de la madre a atender los reclamos derivados de la frustración que empiezan a tener cierta capacidad de causar fastidio. La terapia materna puede curar al bebé, pero no es amor maternal.

Este modo de ver la actitud indulgente de la madre entraña una enunciación del quehacer materno más compleja que la comúnmente aceptable. A menudo se concibe el amor materno en función de esta actitud indulgente que, en realidad, es una terapia con respecto a una falla del amor maternal. Insisto en que es una terapia, una segunda oportunidad que se da a las madres, pues no siempre se puede esperar que tengan éxito en su tarea inicial de amor primario, que es la más delicada. Si una madre hace esta terapia como una formación generada por sus propios complejos, decimos que es demasiado indulgente con el bebé, que lo malcría. Esta terapia suele dar buenos resultados en tanto la madre sea capaz de practicarla porque percibe la necesidad de atender a los reclamos del niño, de complacer su voracidad compulsiva. Quizá comprometa no sólo a la madre, sino también al padre y al resto de la familia. Desde el punto de vista clínico, existe una delicada zona fronteriza entre la terapia materna eficaz e ineficaz. Con frecuencia observamos cómo una madre malcría al bebé y sabemos que esta terapia no tendrá éxito, porque la deprivación inicial ha sido demasiado grave para "curarla de primera intención", como diría un cirujano refiriéndose a una herida.

Así como la voracidad puede ser una manifestación de la reacción ante la deprivación y de una tendencia antisocial, lo mismo puede decirse de la enuresis, la destructividad compulsiva y la tendencia a fastidiar o armar líos. Todas estas manifestaciones están estrechamente relacionadas entre sí. En la enuresis (una afección muy común) se pone énfasis en la regresión en el momento del sueño, o bien en la compulsión antisocial a reclamar el derecho a orinar sobre el cuerpo de la madre.

Para estudiar más a fondo el robo tendría que referirme al deseo compulsivo de salir a comprar algo, una manifestación común en la tendencia antisocial que encontramos en nuestros pacientes psicoanalíticos. El terapeuta puede hacer un análisis prolongado e interesante de un paciente sin alterar este tipo de síntoma, que no pertenece a las defensas neuróticas o psicóticas del paciente, sino a una tendencia antisocial originada como reacción ante una deprivación específica, ocurrida en un momento determinado. De esto se infiere con claridad que los regalos de cumpleaños, así como el dinero que se da a los niños o adolescentes para sus gastos personales, absorben parte de la tendencia antisocial normalmente previsible.

Siempre desde el punto de vista clínico, dentro de la misma categoría a que pertenece el salir a comprar algo encontramos las salidas sin finalidad alguna, a modo de rabonas, manifestaciones de una tendencia centrífuga que reemplaza el gesto centrípeto implícito en el robo.

## LA PÉRDIDA ORIGINAL

Deseo señalar un punto en especial: en la base de la tendencia antisocial hay una buena experiencia temprana que se ha perdido. El bebé ha adquirido la capacidad de percibir que la causa del desastre radica en una falla ambiental; ésta es, sin duda, una característica fundamental de la tendencia antisocial. El conocimiento correcto de que la depresión o desintegración obedece a una causa externa, y no interna, provoca la distorsión de la personalidad y el afán de buscar una cura por medio de una nueva provisión ambiental. El grado de madurez del yo que este tipo de percepción posibilita hace que se desarrolle una tendencia antisocial, en vez de una enfermedad psicótica. Los niños presentan muchas compulsiones antisociales que sus padres logran tratar con éxito en sus etapas tempranas. Empero, los niños antisociales presionan constantemente para obtener esta cura mediante una provisión ambiental, pero son incapaces de aprovecharla. (Dichas presiones pueden ser inconscientes, o tener motivaciones inconscientes.)

Parecería que la privación original acontece durante el período en que el yo del infante o niño de corta edad está en vías de fusionar las raíces libidinales y agresivas (o de la motilidad) del ello. En el momento de esperanza el niño hace lo siguiente:

Percibe un nuevo medio, dotado de algunos elementos confiables.

Experimenta un impulso que podríamos llamar de búsqueda de objeto.

Reconoce que la incompasión está a punto de convertirse en una característica.

Por consiguiente, agita el ambiente que lo rodea, en un esfuerzo por inducirlo a mantenerse alerta frente al peligro y organizarse para tolerar el fastidio que él le cause.

Si la situación persiste, debe poner a prueba una y otra vez la capacidad de ese ambiente inmediato de soportar la agresión, prevenir o reparar la destrucción, tolerar el fastidio, reconocer el elemento positivo contenido en la tendencia antisocial, y suministrar y preservar el objeto que ha de ser buscado y encontrado.

En circunstancias favorables- o sea, cuando no hay un exceso de locura, compulsión inconsciente, organización paranoide, etc.- es posible que con el tiempo, y gracias a esas circunstancias, el niño pueda encontrar a alguien a quien amar, en vez de continuar su búsqueda presentando reclamos sobre objetos sustitutos que han perdido su valor simbólico.

En la etapa siguiente el niño tiene que ser capaz de experimentar la desesperación dentro de una relación, en vez de limitarse exclusivamente al sentimiento de esperanza. Más allá de esto se extiende para él la posibilidad real de tener una vida propia. Cuando los celadores y el personal especializado de un albergue guían a un niño a través de todos estos procesos, hacen una terapia sin duda comparable al trabajo analítico.

Por lo común, los padres llevan a cabo esta tarea completa con uno de sus hijos. No obstante, progenitores perfectamente capaces de criar y educar a niños normales fracasan con el hijo que manifiesta una tendencia antisocial.

En esta enunciación he omitido adrede las referencias a la relación entre la tendencia antisocial y:

La actuación (*acting out*)

La masturbación.

El superyó patológico y el sentimiento inconsciente de culpa.

Las etapas del desarrollo libidinal.  
La compulsión de repetición.  
La regresión a la fase previa a la preocupación.  
La defensa paranoide.  
Los vínculos de la sintomatología con el sexo.

## TRATAMIENTO

En suma, el psicoanálisis no es el tratamiento indicado para la tendencia antisocial. El método terapéutico adecuado consiste en proveer al niño de un cuidado que él pueda redescubrir y poner a prueba, y dentro del cual pueda volver a experimentar con los impulsos del ello. La terapia es proporcionada por la estabilidad del nuevo suministro ambiental. Los impulsos del ello sólo cobran sentido si el individuo los experimenta dentro del marco de las relaciones del yo; cuando el paciente es un niño deprivado, las relaciones del yo deben obtener el soporte de la relación con el terapeuta. Según la teoría aquí expuesta, el ambiente es el que debe proporcionar una nueva oportunidad para las relaciones del yo, por cuanto el niño ha percibido que su tendencia antisocial se originó en una falla ambiental en el soporte del yo.

Si el niño es un paciente psicoanalítico, el analista tiene dos alternativas: 1) hacer posible que la transferencia cobre peso fuera del marco analítico; 2) prever que la tendencia antisocial alcanzará su máxima potencia dentro de la situación analítica y estar preparado para soportar el impacto.