



**Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología**

Trabajo Final Integrador

Tema: El tratamiento psicoanalítico de una niña de 7 años

Alumna: María Lourdes Majdalani

Tutor: Marcos Mustar

Buenos Aires, 23 de agosto de 2021

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1. El psicoanálisis con niños.....	5
3.1.1. Inauguración del espacio terapéutico con niños.....	5
3.1.2. Las entrevistas preliminares con los padres.....	6
3.1.3. Los síntomas en la infancia.....	8
3.1.4. El juego en el espacio terapéutico con niños.....	9
3.1.5. El dibujo en el espacio terapéutico con niños.....	11
3.1.6. Intervenciones en el espacio terapéutico con niños.....	13
3.2. Las conductas antisociales del niño como motivo de consulta.....	15
3.2.1. Descripción de la tendencia antisocial.....	15
3.2.2. Las conductas antisociales en la infancia.....	17
3.2.3. El trabajo con las conductas antisociales del niño en el espacio terapéutico.....	19
4. Metodología.....	22
4.1. Tipo de estudio.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	24
5.1. Descripción de las conductas antisociales de la niña antes del tratamiento.....	24
5.2. Análisis del juego simbólico de la niña y las intervenciones del analista durante el desarrollo del juego.....	28

5.3. Descripción de otras intervenciones del analista por fuera del espacio de juego, dirigidas a trabajar con las conductas antisociales de la niña.....	32
6. Conclusiones.....	37
7. Referencias.....	40

1. Introducción

Este trabajo se realizó como parte de la Práctica y Habilitación Profesional de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, desarrollada en una institución comunitaria de corte psicoanalítico. Esta institución tiene como meta acercar la terapéutica psicoanalítica a la comunidad en su conjunto, atendiendo a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. Los profesionales que trabajan en ella tienen una capacitación permanente, a través de cursos de posgrado, supervisiones y conferencias dictadas por profesionales de amplia trayectoria académica.

La institución tiene por lema que la salud mental es un derecho de todos y para todos, y por lo tanto debe estar al alcance de toda la comunidad. Por este motivo, diseñó un bono contribución voluntario que abona el paciente al terapeuta cada vez que se encuentran. Es decir que es el paciente quien decide el valor de ese bono, de acuerdo con sus posibilidades económicas.

La Práctica y Habilitación Profesional consistió en cumplir 285 horas en formato virtual, dado el contexto de pandemia en el que nos encontrábamos. Un coordinador de la institución fue registrando las horas de participación tanto en los posgrados y supervisión de casos clínicos, como en las conferencias que se dictaron en formato virtual. Los posgrados fueron tres: adultos, niños y pareja y familia.

El interés del tema en cuestión surge del trabajo personal realizado durante varios años en escuelas del país capacitando docentes en temáticas referidas a la prosocialidad y la promoción de valores para la convivencia. El caso que se presenta aquí describe el tratamiento en consultorio de una niña traída por su madre, preocupada por las conductas antisociales de su hija. El enfoque de la terapeuta y su consecuente trabajo, tanto con la niña como con su madre, implican una mirada distinta de la que se da en una escuela. En la escuela, un docente trabaja con todo un grupo de niños poniendo límites a las actitudes antisociales y haciendo intervenciones de tipo conductista. Ayuda a los niños a pedir perdón, a reparar el daño, a compartir, a cooperar.

El trabajo clínico que realiza un terapeuta en el consultorio es de otra índole. Por empezar, el terapeuta no pone el foco en cómo habría que educar idealmente a un niño, porque el terapeuta no es un educador ni es un juez. Tampoco hay una idea preconcebida acerca de qué está bien y qué está mal ni cómo debería actuar un niño *bueno*. Es decir, el terapeuta jamás emite juicios de valor, sino que realiza un trabajo diferente, interviniendo, como dice Janin (2019), para potenciar la creatividad del niño. El objetivo último de un tratamiento es liberar al niño de su sufrimiento psíquico, creando el escenario más

favorable para que emerja un yo bien constituido. En esto consiste curar, algo muy distinto a educar. Curar es ligar lo traumático, ayudar a historizar, aliviar lo coagulado, para que el niño pueda desear y proyectar. En última instancia, cuando un niño se adapta mejor a la realidad gracias al proceso terapéutico, está más capacitado de tolerar las frustraciones, disminuyendo en consecuencia las dificultades educativas (Klein, 1975).

2. Objetivos

2. 1. Objetivo general:

Describir el tratamiento psicoanalítico de una niña de 7 años con conductas antisociales.

2. 2. Objetivos específicos:

- ✓ Describir las conductas antisociales de la niña antes del tratamiento.
- ✓ Analizar el juego simbólico de la niña y las intervenciones del analista durante el desarrollo del juego.
- ✓ Describir otras intervenciones del analista por fuera del espacio de juego, dirigidas a trabajar con las conductas antisociales de la niña.

3. Marco teórico

3.1. El Psicoanálisis con niños

3.1.1. Inauguración del espacio terapéutico con niños

En 1908 Sigmund Freud inaugura el Psicoanálisis de niños, cuando decide atender al pequeño Hans, de tan sólo 5 años, a pedido de su padre. Por primera vez, Freud trabaja con un niño tan pequeño. Hans sufría del temor de separarse de su madre y de una angustia que se manifestaba como fobia a los caballos. Hans podía simbolizar, pero quedaba atrapado en sus fantasías y miedos, y muchas veces hacía berrinches. Freud no sólo atiende al pequeño Hans, sino que también trabaja con el padre, quien sufría por la angustia de su hijo. El análisis de Hans fue exitoso y el pequeño dejó de tener síntomas. Con este paciente queda formalmente inaugurado el Psicoanálisis de niños. Unos años más tarde explicará Freud (1932) que para llevar adelante una terapia exitosa con un niño debemos tener en cuenta que éste es psicológicamente diferente al paciente adulto. El *superyó* del niño todavía no está formado, aunque ya tenga introyectados a sus padres y pueda sentir remordimiento y culpa si hace cosas que le fueron prohibidas. Por otro lado, explica Freud (1911) que el fenómeno de la *transferencia* en el caso del niño funciona de una manera distinta, ya que sus padres están presentes de alguna manera a lo largo del tratamiento. Por lo tanto la transferencia, en el caso del niño, es un fenómeno más complejo por todos los vínculos que están implicados.

Klein (1975), unos años más tarde, hace aportes originales al Psicoanálisis de niños a partir de trabajar con ellos y ver que pueden sufrir tanto como los adultos. Dice que los adultos tienen una creencia falsa, y esta es el *paraíso de la infancia*. No existe tal cosa, afirma Klein, porque pensar que los niños no sufren es un error. En la infancia hay, tal como en el mundo de los adultos, ansiedades, desilusiones, terrores, inhibiciones, angustia, agresividad. Es decir, en la infancia también hay padecimiento neurótico y síntomas. De hecho, uno de los conceptos fundamentales de la obra kleiniana es el sentimiento de culpa en el niño, a partir del trabajo que realizó con su paciente Rita, de tan solo 2 años y 9 meses. En este punto específicamente, Klein (1975) difiere de Freud, y asegura que el niño muchas veces tiene un *superyó* muy desarrollado que le genera sufrimiento. Explica esta autora que el conflicto de Edipo aparece durante el

primer año y que cuando el niño comienza a transitarlo ya está construyendo su superyó. Por otro lado, coinciden Klein (1975) con Janin (2019), en la terapia infantil se está frente a un sujeto cuya conexión con la realidad puede ser débil, y cuyo inconsciente se encuentra en contacto estrecho con su consciente. De allí que ambas autoras concluyan que el niño está en proceso de estructuración psíquica y desarrollo.

En cuanto al éxito de un tratamiento psicoanalítico infantil, explica Freud (1932) que es aconsejable usar determinadas técnicas, dado que el niño utiliza un lenguaje distinto al lenguaje del adulto. Coincide Janin (2019) en que el niño cuenta sus sufrimientos de una forma diferente a la que usa el adulto, y por lo tanto necesita ser tratado como un semejante diferente. El niño se expresa y asocia de manera simbólica por medio de juegos y juguetes, por lo tanto la manera de llegar a su inconsciente es a través de técnicas como la del juego (Klein, 1975), y no a través del método de la asociación libre que es exitoso con el adulto. Por otro lado, tal como se explicó más arriba, es preciso saber que el fenómeno de la transferencia, cuando se trata de un tratamiento infantil, funciona de una manera particular.

El objetivo de un tratamiento psicoanalítico con un niño, afirma Janin (2012), no es rotular su patología, sino reestructurar lo coagulado, liberar las potencialidades creativas tanto del niño como de sus padres, siempre sabiendo que es imposible proponerse determinados objetivos. El analista va armando una trama, va ejerciendo una transformación estructurante que hace que el *ello* del niño vaya cediendo para darle lugar a un *yo* bien constituido. Es importante también ir precisando los modos de inscripción y de pensamiento infantil y las defensas tempranas, para ir haciendo conscientes los deseos, los ideales y las prohibiciones que están en juego en el niño, aliviando el peso que puedan estar ejerciendo las exigencias de su *superyó*.

3.1.2. Las entrevistas preliminares con los padres

Es en las entrevistas preliminares con los padres, juntos o por separado, que se va dando forma al motivo de consulta. Afirma Janin (2019) que los padres del niño, como primeros consultantes, deben ser escuchados psicoanalíticamente y sin prejuicios. Esto significa escuchar el pedido o el motivo de consulta que traen, pero sin quedar atrapado en sus preocupaciones. Lo primero será preguntarse *porqué ahora*, es decir, porqué el o los padres traen al niño en este momento (Frizzera, 2010). Por otro lado, es importante

observar el funcionamiento psíquico de cada uno de los padres, las representaciones que tienen de sí mismos, la historia de la pareja, las fantasías tejidas en torno a la maternidad y a la paternidad, los conflictos que traen, el nivel de sufrimiento, si están enojados o angustiados con lo que está sucediendo, el funcionamiento del grupo familiar, las fantasías respecto del hijo/hija, las expectativas que ponen en el tratamiento. Es probable que la madre y el padre del niño tengan versiones diferentes de quién es y qué le pasa a su hijo/hija.

Siguiendo a Freud (1909), no es posible comprender enseguida todo el caso clínico del niño a partir del relato de los padres. Para empezar, el analista debe ubicar al niño en un contexto social y familiar, observando su entorno más próximo. Por otro lado, el analista debe saber que los padres no son informantes objetivos del sufrimiento de su hijo/hija. Por ello, el analista debe trabajar con las resistencias y las transferencias propias de los padres, siempre sabiendo que ellos ya son parte del tratamiento del niño. Trabajar con la realidad psíquica de los padres es abrir la puerta para la transformación del niño. Muchas veces, explica Mannoni (1979), se trata de hacer que los padres puedan observar a su propio hijo/hija sin juzgarlo ni reprobalo, y poder devolverle con palabras aquello que está ocurriendo. Si los padres pueden comprender que detrás de un comportamiento hostil por parte del niño puede haber miedos, celos, inseguridades, el escenario cambia y el niño baja la sintomatología. Si por ejemplo la madre o el padre pudiera poner en palabras la agresividad de su hijo/hija con respecto al nacimiento de un hermanito, como haciéndose cargo de ella, sin reprobala, el niño se sentiría aliviado y los síntomas cederían.

Es importante trabajar con los fantasmas, los prejuicios y los ideales educativos de los padres para que puedan darle lugar a los deseos de sus hijos. Así hizo Freud (1932) en el caso de Hans, al trabajar con los prejuicios del padre para que el niño si sintiera apoyado frente a la dualidad de su madre. También le da voz a lo que el padre no puede decirle al hijo, en este caso, que su padre deseaba tener un hijo. Winnicott (1956) trabajó con la madre de un adolescente que robaba compulsivamente, y juntos lograron que a través de las palabras de amor de la madre, el adolescente dejara de robar. Agrega Mannoni (1979) que allí donde hay sintomatología o conducta agresiva, la palabra puede hacer aflorar el sentido y hacer ceder los síntomas. El síntoma del niño ocupa el lugar de la palabra que no está. Cuando reaparece la palabra, desaparece el síntoma.

3.1.3. Los síntomas en la infancia

Ahora bien, ¿qué entendemos por *síntoma*? Entre varias definiciones, Freud (1925) explica que el síntoma es el indicio de un proceso patológico y a la vez el retorno de lo reprimido. El síntoma también es un elemento sustitutivo, aquello puesto en el lugar de otra cosa, un símbolo mnémico (Negro, 2009). Es “rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (Freud, 1916b, p. 235). Podríamos decir que el síntoma nos habla, nos interpela, quiere transmitirnos algo de la historia del paciente, del trauma. El síntoma puede querer cumplir un deseo, llevar adelante una fantasía o terminar con la angustia.

La formación de un síntoma neurótico implica una reconciliación entre dos fuerzas inicialmente opuestas, por ejemplo, un deseo que está prohibido. Es decir, la libido insatisfecha de un lado, y la realidad del otro. Estas dos fuerzas opuestas coinciden en la formación del síntoma. De allí que al síntoma también se lo denomine *formación de compromiso*. El síntoma se vuelve resistente en el tiempo, ya que está mantenido y soportado por ambas fuerzas. Hay que recordar que el aparato psíquico está regido por el principio de placer. La libido, al no poder ser canalizada como quisiera, se escapa hacia alguna otra representación del inconsciente -fijaciones antiguas- y allí se descarga, dando lugar al síntoma. Las fijaciones antiguas siempre están relacionadas con la sexualidad infantil y con los objetos resignados durante la infancia. El síntoma siempre repite la modalidad de satisfacción de la niñez, aunque esta satisfacción pueda ser condensada o desplazada, y por lo tanto pasar inadvertida como tal para el sujeto que padece el síntoma. Algo todavía más extraño es que muchas de las escenas infantiles no son fiel reflejo de la realidad. En los recuerdos infantiles se mezclan muchas veces verdad y falsedad. Lo importante es que esos recuerdos infantiles poseen realidad psíquica, algo que define a la neurosis.

En el caso de los niños, según Freud (1916b), no hay diferimiento temporal como en el caso de los adultos, dado que no pasó el tiempo suficiente. Es decir que los síntomas en la niñez aparecen directamente como consecuencia de las vivencias traumáticas. Las neurosis infantiles son mucho más comunes de lo que parece, y por lo general se presentan como una *histeria de angustia*. Técnicamente, siguiendo a Freud en todas sus obras mencionadas, las conductas antisociales de un niño no necesariamente son síntomas. Sin embargo, ciertas conductas antisociales, tales como mentir, robar, burlarse de otros, implican un desborde del comportamiento y pueden generar angustia tanto en los padres del niño como en el niño mismo. En última instancia, lo que va a determinar el carácter

sintomático de determinado comportamiento es la relación entre el deseo y la represión, es decir, la tensión entre la libido insatisfecha y la realidad. De allí que muchas veces las conductas antisociales sean un motivo de consulta por parte de los padres. No debemos olvidar que el objetivo último de todo análisis es que el paciente deje de sufrir en la medida de lo posible. Dicho en términos psicoanalíticos, cuando un paciente le preguntó a Freud de qué modo él podía socorrerlo, éste le respondió "... es grande la ganancia si conseguimos mudar su miseria histérica en infortunio ordinario" (Freud, 1893, p.309).

3.1.4. El juego en el espacio terapéutico con niños

Dice Winnicott (1985) que el juego es algo universal que no sólo habla de la salud sino del crecimiento del niño. El niño que juega experimenta en cierta forma la omnipotencia, al decidir quién es quién por un tiempo, manipular o invertir de significación a un personaje, elaborar un diálogo e incluso decidir cuando se termina el juego. El juego es en sí mismo una terapia. Por eso es que el juego es uno de los medios del que se vale el Psicoanálisis para poder trabajar con el niño. La psicoterapia acontece justamente donde se encuentran dos zonas de juego: la del niño y la del terapeuta. En la misma línea, Gutton (1973) explica que el juego es el lugar de encuentro privilegiado entre el psicoanalista y el niño, donde el psicoanalista participa en el lenguaje lúdico y simbólico que le propone el niño. Por eso cuando al niño le cuesta jugar, es el terapeuta quien debe llevarlo hacia ese lugar simbólico.

Hay niños que no pueden jugar. Hay otros que pueden hacerlo pero que no pueden disfrutar de su propio juego. Hay algunos niños a los que les cuesta mucho perder, cuando se trata de un juego reglado. Y otros por el contrario que prefieren perder en el juego con tal de no enemistarse con el compañero. Cada juego traído por el niño, y cada manera única de jugar, presentan diferentes cuestiones que el analista debe poder sopesar. El juego dentro del espacio terapéutico le da al analista la posibilidad de acercarse al mundo del niño, a su inconsciente, y ayudarlo a reestructurar lo coagulado, liberando sus potencialidades creativas.

La primera en utilizar el juego como técnica en el espacio terapéutico fue Melanie Klein (1955) con su pequeño paciente Fritz, de 5 años. La terapia de Fritz tuvo lugar en la casa del niño con sus propios juguetes. Klein interpretaba todo aquello que hacía el niño en ese espacio: sus palabras, sus gestos, y por sobre todo sus actividades durante el

juego. Las acciones, que son más antiguas que las palabras, son la parte más importante de la conducta de un niño. Específicamente, los juegos del niño tienen significados simbólicos que se relacionan con sus experiencias, ansiedades, fantasías y deseos. Todo el comportamiento del niño durante el juego expresa lo que el adulto podría expresar con palabras, y es la representación del inconsciente de forma directa. Esto quiere decir que el juego en la terapia con niños es el equivalente a la asociación libre que emerge en la terapia con adultos. Afirma Freud (1920) en *Más allá del principio del placer*, que para el niño el juego es el medio privilegiado de elaboración de lo traumático, que convierte lo displacentero y lo elabora como pasado. En el juego el niño asume un rol activo para intentar ejercer cierto dominio sobre los sucesos de su vida vividos pasivamente. De esta manera, el niño reescribe las marcas o huellas mnémicas para crearse un mundo más placentero (Janin, 2019).

Es tan importante el contenido del juego, como la manera de jugar del niño, los medios que utiliza -un juguete puede ir cambiando de papel- y las razones que responden a un cambio de juego. La gama de emociones que el niño puede expresar a través del juego es ilimitada: ansiedad, culpa, frustración, miedo a ser rechazado, celos de cualquiera de sus padres, agresividad o ambigüedad hacia un hermano nuevo, así como también placer o deseo de reparar el daño. A medida que se desarrolla el juego, el terapeuta le va devolviendo al niño una interpretación de su accionar. La comprensión de lo que le sucede baja la ansiedad del niño y lo motiva a seguir jugando y elaborando, lo cual va logrando el éxito del tratamiento. La conexión con la realidad, que al principio puede ser débil, va siendo cada más fuerte, venciendo las resistencias (Klein, 1955, 1975). El juego saca al niño gradualmente de las fijaciones que le generan dolor.

Para Janin (2019) el juego no es ni una actividad autoerótica -donde se busca satisfacer el propio cuerpo- ni una actividad auto calmante -donde se busca bajar el nivel de tensión. Por el contrario, el niño busca el placer a través de una actividad creativa, por medio de la cual va creando un mundo más agradable. El placer, durante el juego, se encuentra mediatizado y los niños van descubriendo la capacidad y el placer de jugar precisamente mientras juegan, dice Levin (2019). Por otro lado, el juego tiene la característica de ser repetitivo. El niño puede repetir lo displacentero para convertirlo en placentero, o bien puede repetir lo placentero para afianzarlo como tal. Así, el juego le da al niño la posibilidad de dominar aquello que no puede ser controlado de otra manera.

Ahora bien, para que haya juego simbólico, deben darse ciertas condiciones de estructuración del aparato psíquico. El niño debe tener la capacidad de salirse de sí mismo

y representar lo que no está presente. Entonces el niño puede, por ejemplo, simbolizar la ausencia de su madre como en el caso del juego del carretel del fort-da (Freud, 1920). En este juego, el niño repite el placer y el displacer para poder ligar y elaborar la ausencia de su madre, tomando un rol activo. El niño también puede jugar al *como si*. Es decir, jugar al pirata, a la mamá o a la maestra escenificando sus fantasías, deseos e identificaciones. Tanto la inhibición como la represión pueden atentar contra el juego simbólico (Janin, 2019).

3.1.5. El dibujo en el espacio terapéutico con niños

Sin pretender hacer un análisis profundo del dibujo libre del niño, es importante tomarlo en cuenta como parte de lo que sucede en el consultorio. Dice Flesler (2011) que así como el Psicoanálisis se sirve del juego y de la transferencia, del mismo modo se sirve del dibujo que proporciona el niño. El dibujar es una actividad más que puede desplegar el niño en análisis. Los dibujos son una forma de expresión del niño, un lenguaje simbólico tan válido de ser tomado en cuenta como el juego. Tanto el juego como el dibujo hablan del inconsciente del niño.

Explica Rodolfo (2016) que así como el sueño es una producción del psiquismo, lo mismo ocurre con las producciones gráficas del niño. El dibujo funciona como el sueño. Ambos son una *escritura* en imágenes, en donde puede haber condensación y desplazamiento. Y ambos son la *vía regia* de acceso al inconsciente. Para poder identificar instancias del aparato psíquico del niño, entonces, hay que analizar el dibujo de la misma forma en que se analiza el sueño, como si fuera un *enigma figural*. Este enigma se descifra por descomposición de sus partes, y no de forma global. Tampoco el dibujo se reduce a unidades lingüísticas, porque la pictografía es un sistema semiótico en sí mismo.

Afirman Frison y Gaudio (2015) que para dibujar existe una condición: tener un cuerpo constituido subjetivamente que sea capaz de dejar una marca a través de sus manos. Por otro lado, dice Frank de Verthelyi (2005), que a diferencia del juego que es inasible, el dibujo asegura la permanencia del objeto simbolizado. El hecho de que la imagen plasmada en el dibujo permanezca, baja muchas veces la angustia del niño. Ya desde los 2 o 3 años el niño comienza a recrear objetos mediante el dibujo. Por lo general, comienza garabateando su propio cuerpo, para luego intentar dibujar otros objetos. El

niño se suele mostrar orgulloso de sus producciones, y pide a veces de llevárselas a su casa.

Winnicott (1989) le dio importancia al dibujo en la misma medida que el juego. Solía proponer una actividad conjunta entre el terapeuta y el niño en terapia a la cual él llama *Juego del garabateo* o *Squiggle game*. Este juego tiene lugar en la zona de intersección entre el juego del niño y el juego del terapeuta. Al igual que en todo juego, no hay reglas fijas. El *Squiggle game* consiste en proponerle al niño que termine un garabato propuesto por el terapeuta. El niño continúa con el dibujo y luego interviene nuevamente el adulto completando lo que el niño ha esbozado. El terapeuta va mejorando el aspecto de la figura y organizando el espacio en la hoja. Muchas veces intenta plasmar en la hoja lo que el niño quiere evitar. La idea es que la apariencia coherente del dibujo remita a la coherencia del yo del niño. El terapeuta se convierte de esta manera en el yo auxiliar del niño. El objetivo último del juego es que se manifiesten rasgos de la personalidad del niño que de otra forma no aparecerían.

Dice Janin (2019) que todo dibujo debe ser puesto en el contexto de la historia del niño. Por eso afirma que lo importante es observar al niño que dibuja, y no quedarse sólo con el dibujo. El terapeuta debe atender a todo aquello que acompaña al dibujo: palabras, gestos, posturas corporales del niño. Para interpretar un dibujo, hay que tener en cuenta: la presión del trazo sobre el papel, el tipo de movimiento, si el dibujo ocupa o no toda la hoja, cómo está pintado, en que momento de la sesión dibuja, qué se reitera en el dibujo, cuál es el estado afectivo del niño durante el dibujo. De cualquier forma, no siempre se deben interpretar los dibujos. A veces es más importante acompañar al niño, contenerlo, dejarlo que despliegue, y observarlo mientras se presta atención a lo que dice. El niño da vida a las escenas del dibujo, antropomorfiza personajes, arma argumentos y escenas mientras comunica de qué se trata su producción. Muchas veces, el acto de dibujar no es sólo efecto sino causa del psiquismo. O sea, el dibujar puede crear psiquismo.

Al analizar un dibujo infantil, las técnicas proyectivas prestan atención a las recurrencias y a las convergencias. La recurrencia es la reiteración de un mismo indicador en diferentes zonas de un mismo dibujo o en varios dibujos. Esta recurrencia puede ser formal o de contenido. Así, por ejemplo, una recurrencia formal podría ser la ubicación en la hoja, o la presión en el trazo. Una recurrencia de contenido podría ser el dibujo de alguna zona del cuerpo en diferentes dibujos. La convergencia es la reiteración de una secuencia dinámica que se expresa a través de diferentes indicadores, y en algunos casos, hasta opuestos. Es decir, se trata de distintos indicadores que tienen la misma

significación. Una convergencia podría ser la sensación de inseguridad (Frank de Verthelyi, 2005).

3.1.6. Intervenciones en el espacio terapéutico con niños

Es natural que el niño exprese diferentes versiones de su sufrimiento en el espacio terapéutico. Darle la palabra al niño, afirman Janin (2019) y Mannoni (1998), es ubicarlo como protagonista de su propia historia, como sujeto sufriente, tomando distancia de los *engaños* que puede haber entretejido la pareja parental. Por otro lado, el analista, al decir de Bion (1974), debe construir un idioma para que el niño lo pueda comprender y armar un espacio compartido entre ambos, ese espacio de intersección de dos zonas de juego, la zona del analista y la del niño o espacio transicional al decir de Winnicott (1985). Levin (2019) lo llama el *entredós*, un espacio nuevo generado por el niño y el analista, donde se mezcla lo igual y lo diferente. Aquí es donde comienza a darse el fenómeno de la *transferencia*, condición sine qua non para el éxito del tratamiento psicoanalítico de un niño.

Explica Freud (1911), en una de sus Conferencias, que la transferencia es un fenómeno por el cual el paciente vuelca en el analista un exceso de mociiones tiernas, aunque no exista un vínculo real entre él y el terapeuta. Es gracias a la transferencia que el analista desempeña el papel de un *fermento catalítico* -concepto químico que toma Freud de Ferenczi (1949)- que atrae hacia sí los afectos que vivían en el inconsciente y que ahora libremente devienen a raíz del proceso analítico. Explica Frizzera (2010) que cuando un niño entra en terapia, su pasado vuelve y se repite con el analista. Lo inconsciente se vuelve consciente. Para que haya cura, indefectiblemente, debe haber transferencia. Sin embargo, la transferencia también puede funcionar como un obstáculo del proceso. Puede ocurrir que ella esté contaminada de hostilidad, en cuyo caso estaremos frente a una transferencia negativa. En estos casos, la transferencia se manifiesta como resistencia, repitiendo lo traumático.

Como se dijo, en el caso de los niños, los padres juegan un rol fundamental. Es por ello que el analista que trabaja con niños soporta muchas transferencias al mismo tiempo: la del niño, la de la madre, la del padre. Muchas veces se suman otras transferencias como la de los maestros, la del pediatra o la de otros miembros de la familia (Mannoni, 1998). Los padres, como protagonistas fundamentales del tratamiento de su

hijo/hija, pueden ubicar al analista como juez, como competidor, como aliado de alguno de ellos o como aliado del hijo/hija.

Por otro lado, dentro del consultorio, el analista trabaja con la transferencia del niño. Dice Frizzera (2010) que es importante que el niño pueda entrar solo al consultorio, separándose de sus padres y *soportando* la presencia del analista, que es prácticamente un extraño. Es ahí precisamente cuando comienza a trabajar el fenómeno de la transferencia. El niño se vincula con el analista repitiendo partes de su historia, y éste a su vez se va interesando por la historia del niño. Muchas veces la transferencia puede ser negativa, sobre todo si el niño se está reencontrando con aquello a lo cual le teme. Pero en el caso de los niños, la transferencia negativa puede ser justamente lo que ponga en marcha el proceso de cura. Puede ser lo que le dé al niño la convicción de que hay adultos que pueden contener, que no se desbordan frente a sus caprichos o berrinches, que no son aquellos adultos con los que hay que cumplir y ser el niño *bueno*. Ese adulto, el analista, será el que ayude al niño a ligar lo traumático, a darle un nuevo sentido a su historia y el que pueda poner lenguaje al *Tanatos* que trae el niño.

Dice Flesler (2011) que es el analista quien se hace cargo de la dirección del análisis, lo cual no significa que debe dirigir la vida de su paciente. El analista dirige la cura. A través de la atención flotante, va descifrando juegos, dibujos, palabras, silencios, gestos. Atiende a las representaciones del niño, donde predomina lo visual y lo cinético. Hace intervenciones verbales, tales como nombrar sentimientos para que el niño se conecte con lo que le pasa, ligando representación con afecto. Pero también realiza intervenciones no verbales, tales como involucrarse en el juego del niño, empatizar con sus afectos, actuar de sostén, a modo de *reverie* como describe Bion (1962), para poder devolverle su ansiedad reorganizada. El analista debe ser creativo en sus intervenciones y no intervenir mecánicamente. Tal como afirman Milner (1990) y Flesler (2011), la clínica psicoanalítica con niños debe inventarse cotidianamente. Para Milner, el terapeuta debe ser un *objeto maleable*, es decir, que no devuelva a modo especular y rígido lo que el niño trae, sino que pueda elaborarlo y responderle creativamente con algo en dirección de la cura.

Del mismo modo, siguiendo a Janin (2019), las intervenciones en el espacio terapéutico pueden ser de dos tipos: interpretativas o estructurantes, o intervenciones de interpretación o de construcción, según Flesler (2011), y siempre a través de la palabra (Vegh, 1997). Las intervenciones interpretativas se relacionan con el retorno de lo reprimido, en tanto y en cuanto hay una historia para develar. En este caso, el analista

interpreta deseos, prohibiciones, identificaciones. Las intervenciones estructurantes, en cambio, se relacionan con el armado del psiquismo y por ende de la subjetividad. En este caso, el analista cumple una función habilitante y ligadora, posibilitando inscripciones, representaciones, armado de fantasía, estabilización de la represión primaria, erotización y relibidinización de la imagen corporal, modificación de defensas tempranas, constitución del yo de placer, historización. Va ayudando así a que el niño construya su propia historia. De nada serviría poder interpretar un deseo si éste todavía no fue constituido como tal (Janin, 2019).

3.2. Las conductas antisociales del niño como motivo de consulta

3.2.1. Descripción de la tendencia antisocial

Es durante el juego simbólico que pueden aparecer ciertos atisbos de agresividad en el niño. Afirman Winnicott (1990) y Klein (1955) que el niño puede aparecer como destructivo durante su juego sin sentirse desesperanzado. Es decir que puede elaborar su agresividad en el juego de una manera segura gracias al simbolismo propio del juego, o sea, la representación de una cosa por otra. Así, por ejemplo, un niño puede patear una pelota, romper un objeto, desparramar agua o pintura, y sentirse aliviado expulsando su agresividad a través de sus piernas o manos. Lo interesante del juego es que encierra posibilidades infinitas porque es una actividad simbólica. Gracias a él, el niño, a partir de lo que encuentra en su realidad psíquica interior, puede ir elaborando su sentido creciente de identidad, donde se mezclan el amor y la agresión.

Explica Chagas Dorrey (2012), siguiendo la línea de Winnicott (1990), que la *agresividad* o capacidad de destrucción es una fuente de energía vital con la que todos nacemos, y es distinta a la *agresión reactiva*. Se da desde el primer momento una fusión entre amor y agresividad, es decir, una ambivalencia, a la cual Winnicott (1990) llama *voracidad*, ya que forma parte del apetito del infante. Por otro lado, existe un gradiente que va desde la necesidad de mover el cuerpo dentro del vientre materno hasta dar una patada o un golpe a otra persona. Todas estas acciones están dentro del espectro de la agresividad. Al principio, el golpe o la patada son un mero impulso que lleva a un movimiento y a la exploración del mundo exterior. Esta exploración es necesaria, dice

Winnicott (1990), porque ayuda a establecer la diferenciación entre lo que es el *self* y lo que no es el *self*. Esto implica que la agresividad es un impulso necesario y estructurador del psiquismo, que eventualmente ayudará al niño a expresarse siempre y cuando su entorno lo sostenga adecuadamente. Si el entorno no es sostenedor, el niño puede llegar a reaccionar de dos maneras: con sumisión -en cuyo caso no aprenderá a defenderse- o con una agresividad antisocial.

Ni el apetito primario o voracidad, ni la necesidad de moverse están vinculados a la intención de hacer daño. Sin embargo, es la ambivalencia que este impulso implica -ya que como se dijo se funden amor y agresividad- lo que genera angustia en el niño. Esta angustia se transformará en *culpa* cuando el niño adquiera la confianza en que él también puede devolverle algo a su madre. Es decir, la presencia confiable de la madre -una madre suficientemente buena y accesible- hace que la culpa quede en estado potencial y se transforme en *preocupación por el otro*. Esta preocupación, eventualmente, le dará al niño la posibilidad de dar y reparar, y así no sólo mitigar su culpa sino asumir la responsabilidad por su accionar. El sentimiento de culpa o preocupación por el otro, y el consecuente intento de reparación, son, para Winnicott (1958), parte del desarrollo saludable de un niño. Klein (1975) plantea que una vez que se integra el yo en la etapa depresiva, el niño experimenta culpa porque siente que el objeto amado -la madre- ha sido dañado por su propia ansiedad. Aquí es cuando surge la necesidad de reparar el daño. Podemos concluir, siguiendo a Chagas Dorrey (2012), que, aunque parezca paradójico, la agresividad lleva al reconocimiento del otro como otro diferente y a la responsabilidad y amor por él.

Si la madre en la primera infancia sobre reacciona a la agresividad del niño, el niño puede inhibirse o reaccionar con una agresión reactiva. En cualquiera de las dos opciones, el niño no dedicará su energía a explorar el mundo y aprender, sino a sobrevivir. Por lo tanto, el verdadero problema que tenemos aquí no es la expresión de la agresividad como impulso primario, sino su represión en las primeras etapas del desarrollo, que terminará en *inhibición* del niño o en *agresión reactiva* o *tendencia antisocial*. A esta situación Winnicott (1981) la llamó *deprivación*. Es la ausencia de un ambiente lo suficientemente bueno como para que la agresividad del niño pueda expresarse (Margulis y Rey, 2011).

Bowlby (1944) coincide que son los primeros años y la estructuración psíquica los que pueden predisponer al niño a tener cierta tendencia antisocial. Este psicoanalista es conocido por haber desarrollado la teoría del apego, la cual resaltó la importancia del

vínculo entre el infante y su cuidador para el desarrollo completo. Pero comenzó sus investigaciones observando jóvenes delincuentes, intentando encontrar una constante en el desarrollo infantil tanto sano como patológico. A pesar de haber supervisado con Klein, Bowlby se distancia de ella y de Freud en su postura sobre las pulsiones. Tal como lo explica Rozenel (2006), Bowlby pone el foco en las relaciones sociales del infante con su entorno más que en las pulsiones. Es decir, prioriza la realidad externa del infante -dirigida hacia la interiorización de las relaciones sociales- a su realidad psíquica -sólo dirigida hacia la gratificación. Para Bowlby (1980, como se citó en Rozenel, 2006) no sólo es crucial la capacidad del infante de comprometerse en un contexto intersubjetivo, sino también la disponibilidad emocional de la madre, o figura de crianza, que ayude a establecer relaciones objetales donde predominen las respuestas recíprocas. Todo ello ayuda a estructurar el *superyó* y la *inhibición*.

En el clásico estudio llevado adelante por él y un equipo de investigadores (Bowlby, 1944), se comparan 44 delincuentes con un grupo control. Estos delincuentes estaban detenidos por robar. El equipo de investigación llega a la conclusión de que todos los delincuentes compartían falencias en el contexto social -específicamente en los vínculos con sus padres- y tenían desregulación emocional debido a vivir en un ambiente hostil. La mayoría de ellos sufría de estados depresivos por haber sido separados tempranamente de sus madres.

Poder hacer un diagnóstico de la situación antes de la edad de 5 años es lo que Bowlby (1944) considera fundamental. En los casos en que los niños no estén creciendo en un ambiente que provee todo lo necesario para un adecuado desarrollo psíquico, Bowlby propone organizar centros de atención con analistas preparados para trabajar con estos niños y así salvarlos y prevenir la delincuencia juvenil. Todo ello demuestra la importancia que tiene en la infancia temprana un ambiente contenedor, es decir, una madre suficientemente buena, al decir de Winnicott (1990) y un padre que ayude a estructurar el *superyó* y las prohibiciones, para que el niño pueda canalizar saludablemente su agresividad. De lo contrario, ello redundará en una deprivación emocional temprana que eventualmente dará lugar a la *agresión reactiva* que puede y de hecho daña a otros.

3.2.2. Las conductas antisociales en la infancia

Dice Winnicott (1990) que la *tendencia antisocial* en sí misma no implica un diagnóstico, pero que puede plasmarse en ciertas *conductas antisociales* tales como fastidiar o burlar a otros, generar conflicto, robar, mentir, destruir, todas conductas que son particularmente visibles en la escuela. A estas actitudes muchas veces se las llama *trastorno de la conducta* (Margulis y Rey, 2011). Dice Winnicott (1990) que las dos conductas antisociales más comunes son el *robo* y la *destrucción*, que representan la búsqueda del objeto y la destrucción respectivamente. Mediante el robo, explica el autor, el niño busca algo que le falta adentro, y dado que no lo encuentra, tiene la esperanza de hallarlo en algún lugar. Muchas veces el niño, a través del robo, busca a su madre. Mediante la destructividad, el niño busca una estabilidad ambiental que pueda sostener la tensión que generó su conducta desbordada. Tanto el robo como la destructividad buscan volver a fusionar los aspectos libidinales con los agresivos. Tal como se dijo con anterioridad, la *agresividad* o capacidad de destrucción es una fuente de energía vital que se fusiona con el *amor*.

Ahora bien, dice Winnicott (1958) que en estos casos, además de la *deprivación*, puede haber habido una falta de límites por parte del padre. Y entonces estos niños o adolescentes buscan el castigo de alguna manera, intentando una compensación por parte de la sociedad. Contrariamente a lo que se creía en su época, afirma el autor que muchos de estos niños pueden llegar a sentir culpa, aunque tal vez no llegan a la intención de reparar el daño. La culpa funciona de tal manera que es anterior a la fechoría. Es aquí cuando aparece el acto delictivo, el cual viene a llenar el vacío que genera el sentimiento de culpa. Y el castigo social que sobreviene al hecho alivia el sentimiento de culpa. Al igual que Freud (1916a), Winnicott explica que muchos de los actos delictivos se realizan en un intento de darle sentido a la culpa. Aunque para Freud (1916a) el sentimiento de culpa originalmente viene del complejo de Edipo, cuando el niño desea matar al padre y quedarse con la madre (parricidio e incesto). Este sentimiento es el que luego irá forjando la *consciencia moral*.

Winnicott, por otro lado, se pregunta si estos niños díscolos buscan, a través del castigo, mitigar el sentimiento de culpa o buscan además el sostén y el contacto que viene junto con el castigo, y que es justamente lo que les faltó durante su infancia. Es como si los niños que llevan adelante este tipo de conductas quisieran cobrarse lo que les faltó, exigiendo un resarcimiento por lo que tuvieron que padecer, obteniendo el beneficio del contacto social tan necesario. De allí que Winnicott (1990, como se citó en Margulis y

Rey, 2011) concluye que cuando hay conductas antisociales hay esperanza, ya que éstas funcionan como síntomas y por ende puede haber cura.

Janin (2020), por su lado, explica que muchas veces las *conductas antisociales* son producto de fallas en la constitución del *superyó*. La represión y la prohibición se transmiten solamente si los padres del niño también se someten a lo mismo que están prohibiendo. Muchas veces, los padres transmiten deseos transgresores no reprimidos y esto es lo que recibe el hijo. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el deseo de alguno de los padres es desafiar alguna norma en particular, o la legalidad en general. Otras veces, el niño percibe que algunas normas no son estables porque dependen del estado de ánimo del adulto que las quiere inculcar. Y entonces este niño responde a la arbitrariedad de la autoridad dándose su propia ley. Otra posibilidad es que el niño se sienta atacado, y entonces reacciona defendiéndose de una suerte de ley de la selva, de manera paranoica y en situación de alerta permanente. En todas estas situaciones, habrá fallas en la estructuración del *superyó*. Los padres no ayudan al hijo a construir una consciencia moral, porque este niño no puede internalizar lo que está prohibido.

El resultado es que estos niños desafían las normas buscando el castigo, como una manera de alivianar la culpa que sienten y de saber que existe una ley general por sobre el accionar propio que los contiene y les devuelve el sostén que necesitan.

3.2.3. El trabajo con las conductas antisociales en el espacio terapéutico

Una vez que los padres llegan al espacio terapéutico, se escucha su motivo de consulta, tal como se describió con anterioridad. Cuando la queja está relacionada con las *conductas antisociales*, el terapeuta debe prestar mucha atención para no poner un rótulo que encerrará al niño en una pseudo patología mal definida. De hecho, ya vimos que Winnicott (1956) afirma que cuando hay conductas antisociales hay *esperanza*, porque estas conductas actúan como síntomas de que hay cura. Hay algo que debe reverse, no sólo en la estructuración psíquica del niño, sino también en sus relaciones con sus padres, sus hermanos y sus pares en la escuela.

Hay que recordar que las intervenciones en el espacio terapéutico con niños pueden ser de dos tipos: interpretativas o estructurantes (Janin, 2019). Cuando el terapeuta está frente a un niño que pone en acto determinadas conductas antisociales, puede optar por varias formas de intervención. Si hablamos de intervenciones interpretativas o

señalamientos al decir de Freud (1932), el terapeuta podría por ejemplo darle sentido a lo que dice el niño, haciéndole saber por ejemplo que algo que está *prohibido* lo angustia. Lo prohibido tiene que ver con una ley general y no tiene que ver con la arbitrariedad del terapeuta. Podría ser que el niño haya violado alguna norma y sienta angustia o culpa. Puede también intervenir durante alguna entrevista con los padres del niño, dándoles herramientas que les permitan comprender mejor a su hijo y vincularse con él de un modo más creativo. Un padre puede por ejemplo contarle al terapeuta que su hijo *es un ladrón*, o un *mentiroso*, o que hace *bullying* y que necesita que el terapeuta lo *cure*. En estos casos, el terapeuta puede reinterpretar lo que dice ese padre, y señalarle mejor quién es su hijo/hija, intentando que ese padre no etiquete a su hijo ni le asigne intenciones que el niño no tiene.

Si hablamos de intervenciones estructurantes, es decir, aquellas que posibilitan el armado del psiquismo y la subjetividad del niño, podríamos dar algunos ejemplos que da Janin (2019). El terapeuta puede desarmar fijaciones de la pulsión, en el caso de que la pulsión de un niño entre en un circuito de repetición y tienda a lastimar a otros. Puede en estos casos hacer que el niño frene su descarga pulsional y pase del impulso al pensamiento, abriendo un nuevo espacio psíquico. El terapeuta podría también transformar una escena agresiva en lúdica, o bien producir aperturas en confusiones identificatorias, ayudando al niño a diferenciar el *yo* del *no-yo*. Muchas veces el niño no respeta el cuerpo del otro, y lo invade agresivamente. O puede quitar cosas del otro sin su permiso, o sea robar. El terapeuta puede, en estos casos, a través de la contención y el sostén, ayudar al niño a diferenciar el adentro y el afuera, lo propio y lo ajeno, y a enseñarle a relacionarse amorosamente con el otro. Como dijimos anteriormente, el terapeuta ayuda a que donde hay *ello* advenga el *yo*, es decir, que los impulsos vayan cediendo con el tiempo y que el niño pueda tomar decisiones. Finalmente, el terapeuta puede ayudar al niño a historizar. Puede ayudarlo a poner en palabras una situación de desborde, ayudándolo a simbolizar, traducir, resignificar, arborizar su propia historia. El único modo en que una pulsión desbordada deje de ser presente permanente es que sea ubicada en el pasado. Poder apropiarse de la propia historia es tener la posibilidad de transformarla.

En el caso de las conductas antisociales, el terapeuta debe hacer un trabajo con el niño, con los padres y eventualmente con las autoridades de la escuela a la que el niño concurre. Explica Janin (2019) que siempre que se encuentre ambivalencia en los padres, es decir, que quieren a su hijo pero les molestan ciertas conductas con las que no logran

lidar, hay un resto para el trabajo conjunto. Se trata de deconstruir ciertas ideas, fijaciones, miedos en los padres y crear un nuevo vínculo con el niño, con ese otro-no yo que es distinto y que muchas veces no cumple con las expectativas paternas. Sobre todo, se trata, por un lado, de volver a instaurar prohibiciones, y poder sostener lo que está bien y lo que está mal en cada momento. El niño tiene que poder reestructurar su superyó y que sepa que hay cosas que están permitidas y otras que están prohibidas. Por otro lado, siguiendo a Winnicott (1956), se trata de sostener y poder estar para el niño, compensando lo que puede haberle faltado en etapas anteriores de su crecimiento. Con uno de sus pacientes que robaba, Winnicott hizo un trabajo con su madre pidiéndole que hablara con su hijo y le explicara que robar era como querer quedarse con una parte de ella que él no había tenido. Las conversaciones con su mamá hicieron que este adolescente dejara de robar.

El terapeuta también puede tener encuentros con las autoridades de la escuela a la que concurre el niño para que todos los adultos puedan trabajar en el mismo sentido, por ejemplo, reiterando lo que está prohibido y permitido. Muchas veces se trata de reforzar una intervención en varios ámbitos. El terapeuta puede también darle alguna indicación al docente a cargo para que trabaje con el grupo de pares del niño a partir de la empatía, ya que muchas veces las reglas del aula y las reflexiones grupales ayudan a seguir estructurando el superyó y la *consciencia moral* del niño.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio:

La metodología que se utilizó para el presente estudio es de tipo descriptivo, de carácter cualitativo de tipo profesional y análisis de un caso clínico.

4.2. Participantes:

- ✓ Martina (nombre ficticio): paciente de 7 años quien convive con su madre. Comenzó tratamiento en la institución por solicitud de la madre. Ésta refirió como motivo de consulta que la niña había sufrido agresiones físicas y psicológicas en la escuela a la que concurría, provocándole cambios de conducta, irritabilidad, enojo, mal humor y negativa a ir a la escuela. En el transcurso del tratamiento se develó que Martina también tenía esas mismas conductas relatadas por la madre.

El tratamiento duró 8 meses, y se la derivó a consultorio privado, pero por alguna razón Martina no concurrió más a terapia.

- ✓ Madre de Martina: mujer inmigrante, de 33 años. Trabaja como peluquera y como secretaria de un estudio de abogados. Se la observó muy angustiada con la situación que estaba viviendo su hija. Se le sugirió terapia en la misma institución y durante ese tiempo -7 meses- Martina mejoró en torno al motivo de consulta inicial.
- ✓ Terapeuta de Martina: es psicoanalista de niños, adolescentes y adultos. Trabaja en la institución hace 2 años.

4.3. Instrumentos:

- ✓ Caso clínico de Martina, en la forma de un documento digitalizado que proveyó la analista
- ✓ Entrevista semi estructurada a la analista tratante, que cuenta con los siguientes ejes:
 - descripción de la entrevista realizada a la madre de la paciente
 - descripción de la sesión vincular entre la madre y la paciente

- descripción de la comunicación de la analista con la directora de la escuela a la que asiste la niña o con la docente de aula
- análisis del juego simbólico de la niña
- análisis del surgimiento de conductas antisociales durante el espacio terapéutico
- análisis de todas las intervenciones realizadas por la analista durante el tratamiento

4.4. Procedimiento:

La terapeuta tratante acercó un documento digitalizado con la descripción del caso clínico. Luego se realizó una entrevista semi estructurada en formato virtual con la profesional, de aproximadamente una hora, con el objetivo de conocer más detalles del tratamiento llevado adelante con la paciente. Se realizó además un análisis sobre las intervenciones del terapeuta, tanto durante el juego simbólico desplegado por la niña, como durante otras producciones -dibujos, lenguaje.

5. Desarrollo

5.1. Descripción de las conductas antisociales de la niña antes del tratamiento

Este caso clínico involucra a una niña, Martina, de 7 años de edad. Todos los datos y detalles del caso se relevan del documento digitalizado que proveyó la analista de la niña y de la entrevista semi estructurada mantenida con la misma profesional que trabajó con la paciente durante unos meses.

La niña comienza tratamiento en la institución por solicitud de la madre, quien refiere como motivo de consulta que la niña ha sufrido agresiones físicas y psicológicas en la escuela a la que concurría con anterioridad, provocándole cambios de conducta, irritabilidad, enojo y mal humor. Actualmente Martina concurre a otra escuela. Las conductas antisociales persisten, según su madre, a pesar del cambio de escuela.

En las entrevistas preliminares con la madre, ésta cuenta que cuando la niña concurría a la escuela anterior ambas la pasaban muy mal. Había noches en las cuales la niña no dormía sola en su cama y pedía estar con su madre. Y días en los que no quería ir a la escuela por miedo a que la golpearan. Durante estas entrevistas, la terapeuta se entera de que Martina también tiene conductas complejas para con sus compañeros de curso actuales. Si un compañero le hace burla, por ejemplo, Martina le pega, o si algo no lo sabe o no le sale bien arma una escena, grita, patalea o dice que Fulanito le pegó cuando no es así. A partir de reconocer que Martina también hace este tipo de cosas, la madre dice que no sabe qué hacer con su hija. Tiene miedo de que reaccione siempre así.

En reiteradas oportunidades, las autoridades de la escuela a la cual concurre la niña en la actualidad tuvieron que llamar a la madre para que la fuera a buscar. La madre no siempre reaccionaba muy bien ya que tenía que irse antes del trabajo. Al reencontrarse con Martina en la escuela, a veces la retaba por haberse peleado, o por haberla llamado para que la fuera a buscar.

La madre trae otra escena que la angustia mucho. Un día fueron a comprar medialunas a una panadería y al salir se dio cuenta de que Martina se había llevado una masita seca en el bolsillo. Esto hizo que ella reaccionara con enojo y volvió con su hija a la panadería para devolver la masita. La madre dice: *No quiero que mi hija sea una ladrona. Esto no es una travesura, es un robo.*

En otro momento cuenta que Martina le quitó dinero de su billetera para comprar caramelos para las compañeras de escuela. La madre le dice que no tiene que *robarle*, que el dinero es de las dos.

A partir del motivo de consulta, la terapeuta tiene algunas entrevistas con Martina, quien le reconoce que a veces le pega a sus compañeros, dice malas palabras o grita. También reconoce haberse llevado la masita de la panadería.

Tal como plantea Winnicott (1990) esta niña está llevando adelante ciertas conductas antisociales, más que nada en el ámbito de la escuela. Como se dijo con anterioridad, estas *conductas antisociales* (Margulis y Rey, 2011) implican un desborde del comportamiento y traen mucha angustia. En este caso, traen angustia a la niña, quien por momentos no quiere ir a la escuela, y a su madre, quien recurre a la institución para buscar ayuda terapéutica.

En la escuela, Martina fastidia a sus compañeros, les pega, les grita, arma escenas y acusa a niños inocentes de algún comportamiento propio. Esto es lo que Winnicott (1990) llamó *destruccionidad*, y se hace particularmente visible en el ámbito escolar. Pareciera que en la escuela Martina está buscando una estabilidad ambiental que pueda sostener la tensión que genera su conducta desbordada. De hecho, las conductas antisociales de Martina tienen en vilo a la docente y a la directora de la escuela, quienes cada tanto se ven obligadas a convocar a la madre de Martina para que retire a su hija de la escuela. Muchas veces, es la directora quien debe hablar con la madre de la niña para que ella pueda establecer algunos límites a la conducta de su hija.

Por otro lado, en la casa y cerca de su madre, Martina *roba*, al decir de su propia madre. Cuando Winnicott (1990) explica qué es el robo, dice que es una manera de encontrar algo fuera que está faltando adentro. Muchas veces, a través del robo, el niño busca a su madre, busca el amor que perdió. En el caso de Martina, debemos discriminar dos situaciones diferentes. Una es la escena de la panadería, en donde Martina se lleva una masita en su bolsillo y la esconde. Esta escena podría tomarse como un *robo*, siguiendo a Winnicott (1990), aunque también podría tratarse de una travesura por parte de la niña. La otra situación de *robo* relatada es aquella en la cual Martina le quita dinero a su madre de su billetera. En esta situación se está frente a la ambigüedad del mensaje de la madre. Por un lado, ella cree que Martina le quitó dinero y que por lo tanto le *robó*. Pero por el otro, la madre siempre le dice que todo lo que es de ella es de ambas. Por eso es que no podemos tomar esta escena como un robo propiamente dicho.

Dice Winnicott (1990) que las dos conductas antisociales más comunes son el *robo* y la *destrucción*, justamente lo que está actuando Martina. El robo alude al amor, a querer apropiarse de algo deseado que no se encuentra. La destructividad busca el límite, la contención del desborde. Tanto el robo como la destructividad buscan volver a fusionar los aspectos libidinales con los agresivos. Tal como se explicó con anterioridad, la *agresividad* o capacidad de destrucción es una fuente de energía vital que se fusiona con el *amor*.

Explica Winnicott (1981) que la tendencia antisocial puede tener su raíz en la represión de la agresividad del niño por parte de la madre. Si en la primera infancia la agresividad del niño como impulso primario no es bienvenida, el niño puede responder con una agresión reactiva como modo de sobrevivir. A esta situación Winnicott (1981) la llamó *deprivación*. Es la ausencia de un ambiente lo suficientemente bueno como para que la agresividad del niño pueda expresarse (Margulis y Rey, 2011). Por otro lado, explica Winnicott (1958) que en muchos casos, además de la *deprivación*, puede haber habido una falta de límites por parte del padre o de quien ejerce la función paterna.

Puede ser que Martina haya vivenciado ambos escenarios. Por un lado, la represión de su agresividad primaria por parte de su madre, tal vez porque ella no haya podido manejar la situación. La madre de Martina le teme a la expresión de la agresividad, lo cual queda plasmado en su frase *No quiero que mi hija sea una ladrona. Esto no es una travesura, es un robo*. Se desespera con el menor atisbo de conducta antisocial por parte de su hija. También cree que su hija le *robó* dinero de su billetera, cuando ella le había dicho que todo era de ambas. Para Bowlby (1980, como se citó en Rozenel, 2006) no sólo es crucial la capacidad del infante de comprometerse en un contexto intersubjetivo, sino también la disponibilidad emocional de la madre, o figura de crianza, que ayude a establecer relaciones objetales donde predominen las respuestas recíprocas. Tal vez la madre de Martina no haya estado disponible emocionalmente para su hija, o Martina no haya podido conectarse intersubjetivamente con su madre en una relación de apego seguro. Todo pudo haber derivado en una complicada tramitación de la agresividad por parte de la niña. Esto no se puede saber, desde ya, aunque la misma madre dice que vivió los primeros años de vida de su hija con mucha angustia.

Por otro lado, puede ser que a Martina le haya faltado una figura paterna que imponga ciertos límites. El padre de Martina estuvo siempre ausente. Dice la madre que desapareció cuando ella quedó embarazada y nunca quiso hacerse cargo de su hija. Y la madre de Martina no conoció ni convivió con ninguna otra persona que pudo haber

ejercido la función paterna. Todo ello podría redundar en una falla en la constitución del superyó, al decir de Janin (2020).

Ahora bien, la constitución del superyó depende de lo que ambos padres hayan inculcado en la primera infancia. La represión y la prohibición se transmiten solamente si los padres del niño también se someten a lo mismo que están prohibiendo. Muchas veces, los padres transmiten deseos transgresores no reprimidos y esto es lo que recibe el hijo. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el deseo de alguno de los padres es desafiar alguna norma en particular, o la legalidad en general. Otras veces, el niño percibe que algunas normas no son estables porque dependen del estado de ánimo del adulto que las quiere inculcar. Y entonces este niño responde a la arbitrariedad de la autoridad dándose su propia ley. Otra posibilidad es que el niño se sienta atacado, y entonces reacciona defendiéndose de una suerte de ley de la selva, de manera paranoica y en situación de alerta permanente (Janin, 2020).

En el caso de Martina, la estructuración del superyó dependió exclusivamente de su madre, la única presente en su crianza. No hubo ningún otro que ejerciera la función paterna en la casa de Martina. La falla en este proceso lleva a la niña a que no pueda poner freno a su conducta antisocial, ya que no ha terminado de internalizar aquello que está prohibido. Aunque por ejemplo sabemos que cuando se llevó la masita sin que la vieran, la guardó en su bolsillo para que nadie la viera, señal de que la niña sabe que no está socialmente aceptado tomar algo ajeno sin pedirlo. Sin embargo, no sabemos cómo funciona su madre en cuanto a las prohibiciones. Por ejemplo, si Martina puede haber presenciado situaciones en las cuales la madre hace lo mismo que prohíbe. Tampoco sabemos si la madre es firme en el establecimiento de normas, o si las normas dependen de su estado de ánimo. O inclusive podría ser que la madre haya sido muy estricta en el establecimiento del castigo por violación de alguna norma.

Las consecuencias de cualquiera de estas situaciones pueden ser varias. Por un lado, podría ocurrir que Martina se haya dado su propia ley al sentirse insegura o atacada por su madre. Y que esta ley consistiera en hacer todo lo que le viene en gana, inclusive llevarse cosas que no son suyas y ser agresiva con sus compañeros. Otra consecuencia podría ser que Martina de alguna manera busque ser castigada, intentando una compensación por parte de la sociedad, en este caso de las autoridades de la escuela. Sólo así podrá estar segura de que existe una ley general por sobre el accionar propio. O tal vez podría suceder, siguiendo a Winnicott (1958, como se citó en Margulis y Rey, 2011)

y a Bowlby (1944), que la niña esté buscando el sostén y el contacto que le faltó en la primera infancia, ya sea por actitudes propias de su madre o por la ausencia de su padre.

No sabemos si esta niña llega a sentir culpa, y si la culpa es anterior al acto delictivo, el cual vendría a llenar el vacío que genera la culpa y a darle sentido a este sentimiento (Freud, 1916a). Por lo pronto, Martina no tiene intenciones de reparar el daño cometido. No quiere devolver la masita llevada, y le cuesta pedirle perdón a los compañeros que ella perjudicó con su conducta.

No olvidemos que Winnicott (1958, como se citó en Margulis y Rey, 2011) afirma que cuando hay conductas antisociales hay esperanza. Si estas conductas funcionan como síntomas, entonces puede haber cura. Se puede revertir la deprivación, que en estos casos aparece traducida en la forma de conductas antisociales, justamente porque el ejercer estas conductas por parte del niño es una forma de pedir ayuda y contención. La agresividad o tendencia antisocial queda plasmada en ciertas conductas que reclaman la atención del adulto, por lo llamativas. Muchas veces, estas conductas son más visibles en el ámbito escolar, y entonces son los docentes y directivos quienes llaman la atención de los padres del niño. A partir de aquí comienza, en el mejor de los casos, un trabajo conjunto por parte de los padres y del niño que corrige la deprivación y ayuda a revertir la conducta del niño.

5.2. *Análisis del juego simbólico de la niña y las intervenciones del analista durante el desarrollo del juego*

Gutton (1973) explica que el juego es el lugar de encuentro privilegiado entre el psicoanalista y el niño, donde el psicoanalista participa en el lenguaje lúdico y simbólico que le propone el niño. La Psicoterapia acontece justamente donde se encuentran dos zonas de juego: la del niño y la del terapeuta. Por ello es que el juego es uno de los medios del que se vale el Psicoanálisis para poder trabajar con el niño. Todo el comportamiento del niño durante el juego expresa lo que el adulto podría expresar con palabras, y es la representación del inconsciente de forma directa. Esto quiere decir que el juego en la terapia con niños es el equivalente a la asociación libre que emerge en la terapia con adultos (Klein, 1955; Freud, 1920).

Dice Janin (2019) que es tan importante el contenido del juego, como la manera de jugar del niño, los medios que utiliza y las razones que responden a un cambio de

juego. La gama de emociones que el niño puede expresar a través del juego es ilimitada: ansiedad, culpa, frustración, miedo a ser rechazado, celos, agresividad o ambigüedad, así como también placer o deseo de reparar el daño.

La entrevista mantenida con la terapeuta de Martina da cuenta de un rico despliegue del juego de la niña, a quien describe como una niña paciente y tranquila. Desde la primera entrevista, a Martina se la ve entusiasmada con la posibilidad de jugar. Propone juegos muy creativos y utiliza varios de los juguetes de la caja, mientras va interactuando con la terapeuta, con quien logró hacer una transferencia positiva. Se toma mucho tiempo para pensar y para armar cada juego. Por lo general, le gusta jugar a *Angry Birds*, armar estructuras tipo torres con piezas del jenga que luego hay que derribar, hacer pelotitas con plastilinas para lanzar y embocar en un vaso. Acepta que la analista la ayude a construir algún juego y que se involucre. Muchas veces la copia en la manera de jugar o de armar personajes.

En una sesión decide armar un partido de fútbol. Se toma mucho tiempo para organizar la cancha y formar a su equipo, para lo cual arma varios muñecos con plastilina. Invita a la terapeuta a ser su contrincante y a que arme su propio equipo. En un momento le comunica que le gusta más el equipo de ella, y decide copiar la posición de los jugadores. Luego arma una pelota con plastilina y con los dedos patear al equipo contrario, mientras va relatando el partido. A veces gana y se pone contenta, otras veces pierde y hace trampa para seguir ganando. Dice por ejemplo que el gol de la terapeuta no valió, o pide volver a patear la pelota cuando la saca fuera de la cancha. Muchas veces Martina hace que los jugadores se golpeen entre sí, pero siguen jugando. La terapeuta le aconseja que no se golpeen para jugar mejor.

En otra sesión, juega a construir pistas de autos con los bloques del yenga y a competir en carreras. A veces tira de a un auto, otras de a dos o de a tres autos a la vez, haciendo que éstos vuelquen. Cuando los autos vuelcan dice *Pum* y vuelve a comenzar a construir la pista que se destruyó, juntando los bloques del yenga y reacomodando los autos. La terapeuta la ayuda a tirar los autos de a uno, diciendo *Te conviene tirarlos de a uno para que no vuelquen*.

Dicen Winnicott (1990) y Klein (1955) que es durante el juego simbólico que pueden aparecer ciertos atisbos de *agresión reactiva* o *tendencia antisocial* en el niño. Y que la ventaja de esto es que el niño puede aparecer como destructivo o irrespetuoso durante su juego sin sentirse desesperanzado. Es decir que puede elaborar su agresividad en el juego de una manera segura gracias al simbolismo propio del juego, o sea, la

representación de una cosa por otra. Gracias al juego, el niño, a partir de lo que encuentra en su realidad psíquica interior, puede ir elaborando su sentido creciente de identidad, donde se mezclan el amor y la agresión, y expresarse a través de él.

La terapeuta de Martina cuenta que desde la primera sesión aparecen ciertos atisbos de agresividad durante el juego de la niña, como cuando por ejemplo hace chocar los autos entre sí en una carrera y dice *Pum* o golpea a los jugadores en un partido de fútbol. Por otro lado, hay que recordar que la tendencia antisocial de la que habla Winnicott (1990) no sólo incluye el golpe, la patada y la destructividad, sino también otras conductas donde no haya respeto por el otro. La invasión del espacio del otro, el no cumplimiento de las reglas del juego, son también conductas antisociales que involucran al superyó. Es decir, la prohibición de hacer todo lo que le plazca es algo que Martina no tiene del todo internalizado. La terapeuta de Martina resalta como algo llamativo que a la niña le cuesta mucho perder durante los juegos compartidos. No quiere someterse a la legalidad de un juego que ella misma propone o hace trampa con tal de no perder. Dice por ejemplo que el gol de la terapeuta no vale pero que los de ella valen el doble porque hizo una jugada *increíble*, o pide volver a patear la pelota cuando la saca fuera de la cancha, negándose a aceptar que se equivocó.

Ahora bien, el juego saca al niño gradualmente de las fijaciones que le generan dolor. Tal como afirma Freud (1920) en *Más allá del principio del placer*, el juego es el medio privilegiado de elaboración de lo traumático, que convierte lo displacentero y lo elabora como pasado. En el juego el niño asume un rol activo para intentar ejercer cierto dominio sobre los sucesos de su vida vividos pasivamente. De esta manera, el niño reescribe las marcas o huellas mnémicas para crearse un mundo más placentero (Janin, 2019). Martina repite una y otra vez ciertas escenas cargadas de agresividad, ya sea porque chocan o vuelcan los juguetes o porque se niega a jugar según las reglas que ella misma presenta. En este repetir, Martina está elaborando lo traumático, tomando el rol activo de ser la que decide cómo y a qué se juega.

Explica Frizzera (2010) que cuando un niño entra en terapia, su pasado vuelve y se repite con el analista. Lo inconsciente se vuelve consciente. Vale aclarar que la transferencia positiva que tiene Martina con su terapeuta le permite sentirse segura para que su inconsciente aflore. Martina puede *soportar* la presencia de su analista y es justamente gracias a ello que la analista desempeña el papel de un *fermento catalítico* (Ferenczi, 1949) que hace que los afectos que vivían en el inconsciente ahora libremente surjan.

Afirma Klein (1955, 1975) que a medida que se desarrolla el juego en el espacio terapéutico, el analista le va devolviendo al niño una interpretación de su accionar, a modo de *reverie* (Bion, 1962). La comprensión de lo que le sucede baja la ansiedad del niño y lo motiva a seguir jugando y elaborando. El terapeuta puede ayudar al niño a poner en palabras una situación de desborde, ayudándolo a simbolizar, traducir, resignificar.

Hay que recordar que las intervenciones en el espacio terapéutico con niños pueden ser de dos tipos: interpretativas o estructurantes (Janin, 2019). Cuando el terapeuta está frente a un niño que pone en acto determinadas conductas antisociales, puede optar por varias formas de intervención. Si hablamos de intervenciones interpretativas o *señalamientos* al decir de Freud (1932), el terapeuta podría por ejemplo darle sentido a lo que dice o hace el niño.

En este caso, a medida que juegan, la terapeuta de Martina le va haciendo ciertos señalamientos como por ejemplo cuando le dice que los autos están muy juntos y que de esa forma no va a lograr que lleguen a su meta, que le conviene tirarlos de a uno. Le propone que no se *peguen*. También le propone que los jugadores de fútbol no se golpeen entre sí. En este caso, el objetivo de la terapeuta es traer la agresividad de Martina para eventualmente ponerle un freno. Martina es capaz de aceptar lo que le propone la terapeuta y logra ir separando los autos.

Por otro lado, cuando Martina pretende cambiar las reglas del juego con tal de no perder, la terapeuta se muestra firme y no permite que la niña acomode todo a su antojo. Luego de decirle *Estás haciendo trampa*, le explica que hay cosas que están *prohibidas*. Y le explica que lo prohibido tiene que ver con una ley general y no con la arbitrariedad de alguna persona. Martina toma de buen grado las intervenciones verbales de la terapeuta y acepta que está perdiendo el juego.

Si hablamos de intervenciones estructurantes, estamos frente a aquellas que posibilitan el armado del psiquismo y la subjetividad del niño (Janin, 2019). El terapeuta puede desarmar fijaciones de la pulsión, en el caso de que la pulsión de un niño entre en un circuito de repetición y tienda a lastimar a otros. Puede en estos casos hacer que el niño frene su descarga pulsional y pase del impulso al pensamiento, abriendo un nuevo espacio psíquico. El terapeuta podría también transformar una escena agresiva en lúdica, o bien producir aperturas en confusiones identificatorias, ayudando al niño a diferenciar el *yo* del *no-yo*. La terapeuta de Martina va poniendo freno a las descargas pulsionales de la niña durante el juego, no sólo verbalmente, sino interviniendo desde su propio rol en el juego. Así logra compartir el espacio de juego con la niña y transformar escenas

agresivas en lúdicas. Levanta los jugadores caídos y los vuelve a poner sobre el campo. Finalmente separa los autos y la ayuda a que los lance de a uno. Esto hace que de a poco la terapeuta vaya abriendo espacios psíquicos para intentar que Martina se vaya separando de su madre.

En el mundo infantil, la conexión con la realidad, que al principio puede ser débil, va siendo cada vez más fuerte gracias al trabajo terapéutico del juego, venciendo las resistencias (Klein, 1955, 1975). Eventualmente, el terapeuta ayuda al niño a historizar. El único modo en que una pulsión desbordada deje de ser presente permanente es que sea ubicada en el pasado. Poder apropiarse de la propia historia es tener la posibilidad de transformarla.

5.3. Descripción de otras intervenciones del analista por fuera del espacio de juego, dirigidas a trabajar con las conductas antisociales de la niña

Ya se vio como la terapeuta de Martina interviene durante el juego de la niña. Ahora se verán otro tipo de intervenciones: con la madre de Martina y con las autoridades de la escuela. Pero antes algunas cuestiones sobre la producción gráfica de Martina. A la niña le gusta dibujar personajes de video juegos, al estilo *Mario*. Disfruta de sentarse a dibujar y mientras lo hace le explica a la terapeuta quién es cada personaje dibujado: *Mario, Luigi, Rosalina, Daisy*. *Son todos amigos pero siempre están compitiendo en alguna carrera, a veces de autos y otras de motos*. La terapeuta hace algunas intervenciones interpretativas preguntando acerca de quiénes son sus amigos de la escuela. Martina se pone incómoda. Luego añade *A veces gana Mario, otras veces gana Daisy*. Los personajes dibujados aparecen semi superpuestos en la hoja.

En la entrevista llevada adelante con la terapeuta, ésta explica que percibe mucha angustia en la niña cuando emerge el tema de sus amigos a raíz de lo que dibuja. También cuenta que interviene preguntando por qué los personajes de *Mario* aparecen superpuestos. Martina responde que no tiene más lugar en la hoja. La interpretación de la terapeuta es similar al caso del choque de los autos o de los golpes entre los jugadores de fútbol. Más allá de la agresividad que implica el choque de autos o los golpes de los jugadores, lo que está en juego es la falta de separación. En el caso de la superposición

de los personajes en el dibujo, la terapeuta interviene dándole más hojas para que la niña dibuje. La niña toma la propuesta y recomienza a dibujar.

Con respecto a otro tipo de intervenciones, están aquellas llevadas adelante con la madre de la niña y aquellas llevadas adelante con las autoridades de la escuela.

Se debe recordar que es en las entrevistas preliminares con los padres, que se va dando forma al motivo de consulta. Tal como afirma Freud (1909), no es posible comprender enseguida todo el caso clínico del niño a partir del relato de los padres. Los padres no son informantes objetivos de lo que les pasa a sus hijos. Sin embargo, los padres son los primeros consultantes y como tales deben ser escuchados psicoanalíticamente y sin prejuicios (Janin, 2019). Esto significa escuchar el pedido o el motivo de consulta que traen, pero sin quedar atrapado en sus preocupaciones. Lo primero será preguntarse *porqué ahora*, es decir, porqué los padres traen al niño en este momento (Frizzera, 2010). Por otro lado, es importante observar el funcionamiento psíquico de cada uno de los padres, las representaciones que tienen de sí mismos, la historia de la pareja, las fantasías tejidas en torno a la maternidad y a la paternidad, los conflictos que traen, el nivel de sufrimiento, si están enojados o angustiados con lo que está sucediendo, el funcionamiento del grupo familiar, las fantasías respecto del hijo/hija, las expectativas que ponen en el tratamiento.

En este caso, es la madre quien lleva a Martina al consultorio. En la primera entrevista, cuenta que ella trabaja como peluquera y como secretaria de un estudio de abogados. Dice que llega a la institución porque está muy angustiada con la situación que está viviendo su hija, y que desde la escuela de su hija le aconsejaron terapia tanto para su hija como para ella. Cuenta que cuando la niña concurría a la escuela anterior ambas la pasaban muy mal. Había noches donde la niña no dormía sola en su cama y pedía estar con su madre o no quería ir a la escuela por miedo a que la golpearan sus compañeros. Al preguntarle sobre la historia de la niña, su madre cuenta que durante el nacimiento Martina tuvo una enfermedad del cerebro -no especifica cuál- y que a raíz de ello debió realizar un tratamiento médico porque le habían dicho que podía generar algún problema en el desarrollo de la niña. Dice que vivió los primeros años de vida de su hija con mucha angustia. Al preguntarle cómo es Martina, dice que es más pequeña que otros niños de su edad y que *Habla como un bebé*. Al consultar por el papá de Martina, refiere que su hija no tiene papá, porque al quedar embarazada esta persona no quiso hacerse cargo y dejaron de tener contacto. Hace unos meses atrás quiso contactarse con la mamá de este hombre

para conocerla, pero ese encuentro no tuvo lugar. Martina ha estado haciendo preguntas por su papá. Ante estas preguntas, su madre responde que están solamente ellas dos.

Durante la primera entrevista, la madre de Martina reconoce que su hija también tiene conductas complejas para con sus compañeros de curso. Si un compañero le hace burla, por ejemplo, Martina le pega, o si algo no lo sabe o no le sale bien arma una escena, grita, patalea o dice que Fulanito le pegó cuando no es así. A partir de reconocer que Martina también hace este tipo de cosas, la madre dice que no sabe qué hacer con su hija, y que tiene miedo de que reaccione siempre así.

Cuenta que en algunas oportunidades las autoridades de la escuela tuvieron que llamarla para que la fuera a buscar, lo cual la enfurecía y terminaba retándola a Martina en frente de las autoridades de la escuela. Otras veces, Martina no quiere quedarse en la escuela porque quiere ir al trabajo de su mamá. Para convencerla, la mamá le dice que no admiten niñas en su trabajo. Cuenta que la directora le aconseja que le diga a su hija que esa no es la razón por la cual la niña no puede ir con ella. La verdadera razón es que la niña tiene que ir a la escuela.

La madre trae con angustia la escena de la panadería que fue comentada con anterioridad. En esta escena, Martina se lleva una masita seca en el bolsillo. Esto hizo que ella reaccionara con enojo y volvió con su hija a la panadería para devolver la masita. La madre dice: *No quiero que mi hija sea una ladrona. Esto no es una travesura, es un robo.* En otro momento cuenta que Martina le quitó dinero de su billetera para comprar caramelos para las compañeras de escuela. La madre le dice que no tiene que *robarle*, que el dinero es de las dos.

La terapeuta le sugiere que haga terapia en la misma institución en simultáneo al tratamiento de su hija, y comienza a trabajar con esta madre en sesiones semanales. Es importante retomar el *porqué ahora* del que habla Frizzera (2010). ¿Qué hace que esta madre concurra a la consulta en este momento? Pareciera que el nivel de sufrimiento de esta madre está relacionado con la exigencia de que su hija no es como ella quisiera o como la hija debiera. Donde otros podrían ver una travesura, ella ve un *robo*. No soporta la idea de que su hija sea una *ladrona*. Y transmite la idea de la urgencia del tratamiento para evitar que estas situaciones escalen.

Trabajar con la realidad psíquica de los padres es abrir la puerta para la transformación del niño (Freud, 1909), ya que los padres ya son parte del tratamiento del niño. Explica la terapeuta que el trabajo con esta madre consiste en escucharla y contenerla, en desarmar ciertos prejuicios e ideales educativos para darle lugar a la

escucha de su hija y en ayudarla a establecer ciertos límites claros a la conducta de su hija. Tal como explica Mannoni (1979), muchas veces se trata de hacer que los padres puedan observar a su propio hijo/hija sin juzgarlo ni reprobalo, y poder devolverle con palabras aquello que está ocurriendo. Si los padres pueden comprender que detrás de un comportamiento hostil por parte del niño puede haber miedos, celos, inseguridades, el escenario cambia y el niño baja la sintomatología.

En este caso, lo que predomina es la desesperación de la madre de Martina. Es una madre a *predominio narcisista* al decir de Janin (2019). Sin tener una actitud expulsiva para con su hija, la madre hace responsable a Martina de todo el sufrimiento. Es *ladrona y conflictiva*. No puede salir de sí y pensar en su hija como un ser que está sufriendo. Para ello, la terapeuta le da un espacio para ser escuchada, contenida y sostenida. Una vez que eso ocurre, podrá darle un lugar psíquico a su hija. Es importante que eventualmente la madre de Martina comprenda que su hija también está muy angustiada y que pueda abrir la puerta del diálogo y darle cabida a los deseos de su hija, independientemente de sus ideales educativos. Dice Mannoni (1979) que allí donde hay sintomatología o conducta agresiva, la palabra puede hacer aflorar el sentido y hacer ceder los síntomas. El síntoma del niño ocupa el lugar de la palabra que no está. Cuando reaparece la palabra, desaparece el síntoma.

También el trabajo de la terapeuta se orienta hacia ayudar a esta madre a actuar de sostén de su hija, ya sea porque falló en esta función durante los primeros años de Martina, o por ausencia de una figura paterna. Cabe destacar que durante las sesiones vinculares, Martina no convocó a su madre a jugar con ella. La madre observó pero no participó del juego de la niña. Muchas veces este sostén implica poder trazar la línea entre el yo y el no-yo. Cuando la madre de Martina le cuenta el episodio de su billetera, la terapeuta interviene haciendo un señalamiento. Le dice que si la madre le afirma que el dinero es de las dos, entonces Martina no puede estar *robando*. Que tiene que decirle que el dinero es de ella, porque es ella quien lo gana. Y que lo comparte con su hija pero que su hija debe pedirle lo que necesita y no sacárselo sin permiso. Aquí nuevamente el trabajo de la terapeuta consiste en ayudar a esta madre a abrir un espacio entre ella y su hija, al decirle que son dos personas distintas y que lo que ella gana es de ella, no de ambas.

Tal como afirma Janin (2020), muchas veces las *conductas antisociales* son producto de fallas en la constitución del *superyó*. La prohibición se transmite solamente si los padres del niño también se someten a lo mismo que están prohibiendo, es decir si

predican con el ejemplo. Muchas veces, los padres transmiten deseos transgresores no reprimidos y este es el mensaje que recibe el niño. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el deseo de alguno de los padres es desafiar alguna norma en particular, o la legalidad en general. Otras veces, el niño percibe que algunas normas dependen del estado de ánimo del adulto que las quiere inculcar, y por lo tanto no son normas estables. Y entonces este niño responde a la inestabilidad de la autoridad dándose su propia ley. Otra posibilidad es que el niño se sienta atacado por la autoridad, y entonces reacciona defendiéndose y en situación de alerta permanente. En todas estas situaciones, habrá fallas en la estructuración del superyó. Los padres no ayudan al hijo a construir una consciencia moral, porque este niño no puede internalizar lo que está prohibido. El resultado de las fallas en la constitución del superyó es lo que más adelante lleva al desafío que ejercen estos niños hacia otras autoridades, como buscando de alguna manera ese castigo que les aliviane la culpa y les asegure la existencia de una ley general por sobre al accionar propio.

En este sentido, el trabajo de la terapeuta con la madre de Martina consiste en que ésta pueda volver a pautar lo que está bien y lo que está mal, y ayudarla a sostener los límites que ella misma debe imponer. Se trata de volver a ordenar y a instaurar prohibiciones. También implica que la madre de Martina pueda revisar qué está transmitiendo ella misma con su ejemplo. El objetivo último es que Martina pueda reestructurar su superyó y que sepa que hay cosas que están permitidas y otras que están prohibidas, y que su propia madre también se rige bajo esas mismas pautas de bien y mal.

Hay que recordar que, tal como afirma Janin (2009), siempre que se encuentre ambivalencia en los padres, es decir, que quieren a su hijo pero les molestan ciertas conductas con las que no logran lidiar, hay un resto para el trabajo conjunto. Se trata de deconstruir ciertas ideas, fijaciones, miedos y crear un nuevo vínculo con el niño, con ese otro-no yo que es distinto y que muchas veces no cumple con las expectativas paternas.

La terapeuta interviene por otro lado en el ámbito escolar como una manera de unir fuerzas en la misma dirección. Con este fin convoca a la docente y a la vicedirectora de la escuela para que ellas le expliquen qué pasa con la niña. La vicedirectora es psicóloga y es quien puede comprender mejor la situación de Martina. Ambas le relatan episodios en los cuales la niña se desborda y termina lastimando a sus compañeros. Si alguno le hace burla, Martina les pega, o si algo no lo sabe o no le sale arma una escena, grita, patalea o dice que Fulanito le pegó cuando no es así. También le cuentan que la niña tiene problemas con la lectoescritura y que se frustra mucho con eso. Pero que en

todo momento intervienen intentando que Martina no se sienta excluida del grupo. Trabajan con todo el grupo de pares en temas de convivencia para reforzar el respeto por los otros, y por las diferencias y por la resolución pacífica de los conflictos entre pares.

Desde la escuela convocaron a la madre de Martina varias veces para contarle lo que ocurre, y para sugerirle que tanto la niña como ella comiencen un proceso terapéutico. La terapeuta, por ende, sigue de cerca las intervenciones que hace la escuela a favor de su paciente. Y cada tanto tiene reuniones con la docente para ver cómo evoluciona la niña.

6. Conclusiones

Tal como afirma Winnicott (1990) la *tendencia antisocial* en sí misma no implica un diagnóstico pero se puede plasmar en ciertas *conductas antisociales* tales como fastidiar a otros, generar conflicto, burlar, robar, mentir, destruir, todas conductas que son particularmente visibles en la escuela. Las dos conductas antisociales más comunes son el *robo* y la *destrucción*, que representan la búsqueda del objeto y la destrucción respectivamente. El objetivo del presente trabajo fue describir el tratamiento psicoanalítico de una niña de 7 años con ciertas *conductas antisociales*. En la escuela, Martina fastidiaba a sus compañeros, les pegaba, les gritaba, armaba escenas y acusaba a niños inocentes de algún comportamiento propio. En su casa, con su madre, tomaba dinero *sin permiso*.

Estas conductas le traían mucha angustia tanto a la niña como a su madre. La madre le confió a la terapeuta que no sabía bien qué hacer con su hija. Tenía miedo de que su hija reaccionara siempre así. Y se enojaba cuando tenía que buscar a su hija de la escuela. La niña, por su parte, lloraba y no quería ir a la escuela. Como corresponde a un tratamiento psicoanalítico con niños, la terapeuta trabajó con la niña, con su madre y con las autoridades de la escuela, ya que las conductas antisociales eran especialmente conflictivas en ese ámbito. Las autoridades colaboraron desde su espacio conteniendo a la niña y ofreciendo espacios para la reflexión grupal.

El tratamiento duró 8 meses y, a pesar de que la terapeuta la derivó a consultorio privado para que la niña siguiera en tratamiento, se puede decir que el tratamiento inicial fue exitoso en tanto y en cuanto Martina redujo ostensiblemente la sintomatología, es decir, la angustia que le producía ir a la escuela donde no se sentía a gusto. Ya no se relacionaba con sus compañeros con agresiones y podía tolerar mejor las frustraciones. En su casa, con su madre, comenzó a pedir dinero si le hacía falta. Su madre, por su parte, se sintió más segura sosteniendo a su hija, escuchándola y manteniéndose firme en las prohibiciones que tuvo que volver a instaurar. Se fue abriendo un espacio entre ellas dos que permitió una diferenciación entre lo que deseaba la madre y lo que deseaba la hija, entre lo que le ocurría a la madre y lo que le ocurría a la hija.

El éxito del tratamiento se debió a varias cuestiones. Por empezar, la niña hizo una transferencia positiva con la terapeuta. La terapeuta pudo armar ese espacio del *entredós* (Levin, 2019) y la niña pudo *soportar* la presencia de su analista. No sólo eso, sino que la invitaba a jugar con ella. La niña pudo simbolizar su problemática a través del

juego y del dibujo. Inicialmente sus juegos transmitían una alta cuota de agresividad a través del golpe y el choque. La terapeuta pudo intervenir durante el juego y las producciones de la niña, devolviéndole su ansiedad reorganizada. A su vez, fue liberando sus potencialidades creativas para que sus conductas antisociales fueran cediendo. La analista fue armando una trama y así fue ejerciendo una transformación estructurante que hizo que el *ello* de la niña fuera cediendo para darle lugar a un *yo* bien constituido. Por otro lado, fue generando un espacio psíquico entre la niña y su madre que se encontraban muy *pegadas*. Es interesante ver cómo la terapeuta fue trabajando con el *pegar*, tanto desde aquello que podría interpretarse como agresión reactiva, como desde aquello que podría traducirse como *pegoteo*, adhesión, falta de corte o separación entre la madre y la hija. Es decir, la analista fue produciendo aperturas en confusiones identificatorias que daban lugar a ciertas conductas antisociales.

Hay que recordar que en el tratamiento de un niño se debe trabajar con los padres. El trabajo que realizó la terapeuta con la madre de la niña fue sumamente importante. A partir del motivo de consulta original, dónde sólo se vislumbraba el sufrimiento de la madre, más que de la niña, la terapeuta pudo acompañarla conteniéndola, escuchándola y dándole espacio a su angustia. Recién a partir de ahí pudo ir trabajando en el sostén que esta madre no podía darle a su hija. Luego la fue ayudando a instaurar y sostener las prohibiciones que no había sabido transmitir. La madre de Martina pudo comprender que su hija también estaba muy angustiada y pudo darle cabida a los deseos de su hija, independientemente de sus ideales educativos. Fue así abriendo un espacio para su hija como independiente de ella.

Se podría decir que, durante el transcurso del tratamiento, la terapeuta fue logrando aliviar lo coagulado tanto en la niña como en su madre, ejerciendo una transformación estructurante. De a poco se fue ligando lo traumático tanto en la madre como en la niña, lo cual dio paso a la historización y al deseo. Las conductas antisociales de Martina fueron cediendo con el tiempo. Lo interesante de este caso es que a partir de el trabajo con ciertas conductas que encerraban mucha agresividad, y del establecimiento del límite y la reinstauración de reglas, la terapeuta pudo llegar al nudo de la no separación entre Martina y su madre.

Es muy interesante ver cómo la sintomatología de esta niña remite al vínculo con su madre y a los primeros momentos del establecimiento de ese vínculo.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, hay que destacar que toda la información del caso fue la provista en la entrevista semi estructurada realizada con la

terapeuta de la niña. Esta entrevista fue llevada adelante hace un año, mientras se realizaba la práctica en la institución. No fue posible volver a contactarse con la terapeuta ni para ella fue posible volver a acceder a la historia clínica por el contexto de pandemia, donde no se podía ir a la institución. Es probable que se hayan perdido detalles del tratamiento en estas circunstancias.

En otro orden de cosas, a nivel personal hubiera sido muy interesante haber conocido a la terapeuta en persona, y poder intercambiar más detalles de este caso clínico. El contexto de pandemia dificultó no sólo el contacto con la terapeuta, sino también el contacto con la institución y con la supervisión de otros casos clínicos. No es lo mismo el contacto presencial que el contacto virtual.

De cualquier forma, fue muy enriquecedor poder hacer el trabajo de articular un caso clínico real con la teoría psicoanalítica que plantea la escuela inglesa. Personalmente, significó un enriquecimiento muy grande poder ver cómo pueden trabajarse las conductas antisociales desde el consultorio, como contrapunto de la escuela. Como se dijo al comienzo, el objetivo de un tratamiento psicoanalítico es curar, no educar, aunque en última instancia, tal como decía Klein (1975), cuando un niño se adapta mejor a la realidad gracias al proceso terapéutico, está más capacitado de tolerar las frustraciones, disminuyendo en consecuencia las dificultades educativas.

Tal vez sería interesante poder analizar cómo trabajarían otras líneas terapéuticas este mismo caso clínico. ¿Cómo serían las intervenciones en el plano de lo real, lo simbólico y lo imaginario desde una perspectiva lacaniana? ¿Cómo trabajaría un kleiniano con el superyó de la niña? ¿Cómo trabajaría la línea de Bowlby el apego de la niña con su madre y la reestructuración de ese vínculo primario?

Finalmente, ¿cuál sería la interpretación de la línea cognitiva-conductual de las conductas antisociales de Martina? ¿Cuánta importancia le darían al entorno de la niña y al vínculo con su madre?

7. Referencias

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1974). *Seminarios de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Chagas Dorrey, R. C. (2012). La teoría de la agresividad en Donald W. Winnicott. *Perfiles educativos*, 34(138), 29-37.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life (II). *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 107-128.
- Ferenczi, S. (1949). Introyección y transferencia. *Revista de psicoanálisis*, 6(3-4), 701-742.
- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Frank de Verthelyi, R. (2005). El dibujo infantil, algunas aproximaciones teóricas. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51379/Documento_completo_.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Freud, S. (1893/1978). Sobre la Psicoterapia de la histeria. *Obras Completas*, 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909/1980). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *Obras Completas*, 10. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911/1980). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras Completas*, 12. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916a/1979). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo analítico; parte III Los que delinquen por conciencia de culpa. *Obras Completas*, 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916b/1978). El sentido de los síntomas. *Obras Completas*, 16. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1979). Más allá del principio del placer. *Obras Completas*, 18. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1979). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, 20. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932/1979). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. *Obras Completas*, 22. Buenos Aires: Amorrortu.

- Frison, R., & Gaudio, R. E. (2015). El dibujo como marca subjetivante: hacia una lectura posible frente a los efectos de lo traumático. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-015/222.pdf>
- Frizzera, O. T. (2010). La transferencia en el abordaje psicoanalítico de niños. *Revista científica de UCES*. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/886/1/La_transferencia_Frizzera.pdf
- Gutton, P. (1973). *El juego de los niños*. Barcelona: Nova Terra.
- Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/804/1/La_violencia_en_la_estruct._subjetiva.pdf.
- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 53, 49-56.
- Janin, B. (2020). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2019). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, E. (2019). *La dimensión desconocida de la infancia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Mannoni, M. (1979). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Ediciones Nueva Visión.
- Margulis, L., & Rey, M. A. (2011). Una introducción a la obra de D.W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000721>
- Milner, M. (1990). Le Role de l'illusion dans la formation du symbole. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 248-278.
- Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. *Obras completas*, 3. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1975). *El Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1998). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Negro, M. A. (2009). Función del síntoma en la estructura psíquica. *Affectio Societatis*, 6(10). Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5308>
- Rodolfo, M. (2016). *El niño del dibujo*. Buenos Aires: Paidós.

- Rozenel, V. (2006). Teoría del apego y Psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000417>.
- Vegh, I. (1993). Las intervenciones del analista. Conferencia dictada en el Hospital Borda. Recuperado de http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_740.pdf.
- Winnicott, D. (1956). La tendencia antisocial. Trabajo leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica.
- Winnicott, D. W. (1958). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1985). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1989). El juego del garabateo. En *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1990). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.