

ENTREVISTA CON: HOWARD A. BACAL



Realizada por Alejandro Ávila Espada, Rosario Castaño Catalá, Carlos Rodríguez Sutil, Sandra Toribio Caballero, María Hernández Gázquez ^{1,2}

Alejandro Ávila: ¡Bienvenido a Madrid, Profesor Bacal!. Es un placer y un honor contar con su enseñanza en nuestro Instituto. Durante años hemos seguido sus trabajos y libros, y ahora tenemos la oportunidad de compartir sus ideas y experiencia como memoria viva de la Psicología del Self Relacional contemporánea, y como uno de los principales autores del psicoanálisis contemporáneo. Para empezar, denos una pincelada sobre su vida y desarrollo como persona, la manera en que llega a ser psicoanalista a partir de su formación psiquiátrica en USA hasta su formación analítica en Londres y la posterior conexión con la Psicología del Self y el pensamiento relacional.

¹ Ávila, A., Castaño, R., Rodríguez, C., Toribio, S. y Hernández, M. (2017). Entrevista con Howard Bacal. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 413-433. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2017.110214

² Traducción y transcripción de Lucía Martínez Domínguez.

Howard A. Bacal: Cuando vi vuestras preguntas pensé: ¡madre mía! pensasteis muy cautelosamente todas vuestras preguntas, así que procuraré contestar de la misma manera.

Alejandro: ¿Puede darnos un resumen de su experiencia personal sobre la relación con A. Freud, M. Balint, D.W. Winnicott, H. Kohut, así como de otros clínicos con profundo impacto sobre su propio pensamiento y práctica (Milner, Bion, Sutherland, Rycroft...) Y en conexión con esto, ha propuesto su punto de vista sobre la "Responsividad óptima" como el concepto clave de la contribución del terapeuta al proceso de cambio en la psicoterapia. ¿Cómo desarrolló esta idea a partir de la experiencia de Objeto del Self y conexión e inmersión empática (Kohut), el uso del objeto (Winnicott) o la Falla básica (Balint)? ¿Puede explicarnos su aportación específica, y la manera en que este concepto llega a ser Relacional?



Howard: Mis respuestas a las tres primeras preguntas de Alejandro son esencialmente sobre la evolución de la teoría de la especificidad, que está desarrollado en el trabajo que presentaré esta noche donde podré contestar a las preguntas en mayor profundidad. En efecto, he escrito en tres lugares diferentes sobre la evolución de la teoría de la especificidad. En primer lugar, lo hice en el capítulo 7 del libro, por otro lado también escribí un *Credo* para la reciente edición de *Psychoanalytic Dialogues*. Y por último, que es muy interesante, hay un buen resumen sobre la teoría de la especificidad, su evolución y proceso en el psicoanálisis, que se encuentra en la revista *American Imago* publicado en el año 2011.

Alejandro: Está claro que Bion tiene una posición especial en su pensamiento, ¿podría explicarnos algo más sobre su influencia en usted?

Howard: Si. Bion fue el supervisor de mi tercer caso. Él era uno de los supervisores más demandados por parte los alumnos kelinianos, trabajó con tres grupos del Instituto Británico. Yo era cercano a lo que se denominaba la corriente independiente y le pregunté si me supervisaba después de uno de estos seminarios en el Instituto y fue una experiencia inusual. Era muy difícil de entender lo que decía porque nunca hablaba del paciente (risas). Le traje mis notas, hablé sobre mi paciente y él me habló, para decirlo en un lenguaje común, sobre la situación psicoanalítica. No decía el pronombre personal por lo que nunca sabías claramente de quien hablaba, si del paciente, de mí, de sí mismo o de otro. Por lo tanto, fui a mi analista y le expliqué que estaba teniendo muchos problemas a la hora de entender a mi supervisor, y me dijo que Bion intenta ser muy racional por lo tanto escúchale emocionalmente. Por lo tanto, dejé de intentar entender las palabras. Lo remarcable de esta experiencia es que fue extremadamente útil clínicamente con mis pacientes; durante la siguiente semana hasta que volví a verle sentí que era un mejor analista para el paciente de esa supervisión.

La gente ha escrito mucho sobre Bion; se dice que era brillante, aunque extraño, que era casi como una experiencia mística. Continuo contando esta historia a la gente a lo largo del tiempo y concluimos la capacidad que Bion tenía para abrirte la mente; no estaba interesado en la sesión que había ocurrido sino en la sesión que ocurriría mañana. Bion era así.

Bion en su famoso trabajo *Notas sobre memoria y deseo* publicado en el Psychoanalytic Forum en 1967, alienta al analista a dejar aparte cualquier memoria o deseo en relación con el paciente. Una de las cosas que más me influenciaron y marcaron fueron su unicidad e impredecibilidad en las sesiones psicoanalíticas y la posición de "no saber" frente al material que el paciente traía. Tenía muchos aforismos para esto, uno de ellos es "si sabes el paciente que va a venir esta tarde verás al paciente equivocado" (risas). Con todo esto podéis ver la influencia que tuvo en mí, me gustaba mucho.

Alejandro: En relación con esto, su pasado también está relacionado con el mundo de la música, de hecho usted es pianista y compositor.

Howard: Si soy pianista y en cierto modo compositor.

Alejandro: Si, de hecho su sensibilidad musical está muy relacionada con lo que nos estaba hablando y con su punto de vista.

Howard: Sí, en efecto. He visto que una de las preguntas es sobre la improvisación y lo enlace con lo que Bion decía acerca de la relación entre la improvisación con una pieza de Jazz. ¿Sois vosotros músicos? Un instrumento recoge parte de otro instrumento, se entremezclan, pero cada uno sigue adelante con su propio movimiento; de hecho los neurocientíficos lo utilizan como ejemplo para explicar el complejo funcionamiento del cerebro humano. Es muy interesante.

Carlos Rodríguez Sutil: Es curioso que decidiese finalmente decantarse por Londres para completar su formación como psicoanalista.

Howard: Sé, voy a hablar de esto en el trabajo que presentaré con vosotros, y de esta manera también habló de mi vida personal, lo cual me encanta pero si lo abordamos ahora creo que nos alejamos demasiado de las preguntas de la entrevista (risas).

Carlos: ¿Piensa usted que Wilfred Bion, al que normalmente se coloca en el grupo kleiniano, no mantiene realmente posiciones cercanas al Grupo Intermedio?

Howard: En los últimos meses hubo un trabajo muy interesante realizada por un estudiante de psicoanálisis llamado Joseph Aguayo, que presentó en el New Center of psychoanalysis en Los Ángeles. Hablo de la relación entre el grupo Kleiniano, Bion y Winnicott. Bion era seguidor de Klein y sus ideas, pero no era muy bien aceptado por los kleinianos precisamente por su teoría sobre los sistemas abiertos. Pero él era un kleiniano, en el sentido de que hacía uso explícito de los conceptos de Klein. Aguayo explica cómo Bion, sin la reconocer el uso de la teoría de Winnicott formula sus conceptos de continente y contenido. Nunca me había dado cuenta de esto antes de que Aguayo lo mencionase; habló de varias cartas que Winnicott envió a Bion diciéndole que estaban hablando de las mismas cosas, pero nombrándolo con diferentes conceptos, a lo que Bion nunca respondió (risas). No podía responder porque si mostraba que se estaba moviendo en esa dirección no podría ser el padre sucesor del trono de Melanie Klein. Bion era para Klein lo que supuestamente debió ser Yung para Freud.

En conclusión, éste es básicamente el desarrollo de las ideas clínicas de ese trabajo; que de hecho, descubrí que estuvo trabajando en el mismo durante seis meses de los dieciocho que estuve trabajando con él como supervisado. Esto podría ser una de las razones por las que podría sonar particularmente oscuro o extraño (risas). No lo sé.

Carlos: En el último número de la revista *Psychoanalysis, Self and Context* (vol. 12, number 1), Barry Magid y Estelle Shane (*Relational Self Psychology*) escriben:

Una limitación importante de la presentación original de la unidad self-objeto por parte de Kohut es que fue conceptualizado como uni-direccional, más que bi-direccional; es decir, el

self el analista empático era percibido sola y exclusivamente como un proveedor de funciones para el self del paciente, y el paciente era percibido como un receptor pasivo de las atenciones del analista.

¿Está usted de acuerdo con esta afirmación?

Howard: Bueno, mi respuesta es sí y no. Kohut enfatiza la experiencia interna del otro, porque era un analista clásico probablemente sabía que al enseñar el curso de análisis clásico en el Instituto de Chicago durante 15 años antes de convertirse a la psicología del self, era llamado Mr. psicoanalítico clásico.

Entonces, enfatizó el papel de la experiencia intrapsíquica del otro y la definición del objeto del self, dentro de las cuales, la más básica y representativa, es la definición propuesta por Ernest Wolf, quien la describió como la experiencia de que el otro te tenga en su mente, lo cual es un concepto relacional (risas). Kohut no elaboró este punto de vista del selfobject porque temía que la psicología del self se acabase tornando en una psicología más social; todavía en sus escritos continuamente se refiere a la relación de objeto del self, aunque nadie lo utilizó.

He hablado mucho acerca de esto en numerosos lugares, siempre pensé que la psicología del self era la teoría relacional. Yo vine de un lugar diferente en comparación con los americanos, me formé en Londres en el Grupo Intermedio, también llamado Grupo independiente del Instituto Británico de Psicoanálisis donde también hacían uso del Tavistock, donde J. Sutherland que fue analizado por Fairbairn, y solía decir que no podía entrar a una sesión con un paciente únicamente con la teoría clásica psicoanalítica porque todo es relacional. Por lo tanto, yo volví a Norteamérica con esta idea en la cabeza y desde ahí comencé.

Pegando un pequeño salto me acuerdo cuando estuve en un cóctel en Los Ángeles hace unos 10 años, IARPP estaba dando una conferencia junto con Jodie Davis y le dije ¿Crees que la perspectiva relacional del grupo americano es esencialmente diferente de la de los británicos? Y me dijo que no mientras seguía tomando su copa (risas).

En conclusión, de ahí es de donde vengo y los americanos provienen de un punto de vista más clásico y tuvieron muchas más dificultades, por eso Kohut no enfatizó las relaciones sino otra cosa que llamó selfobject. Escribí varios trabajos y un libro sobre el tema, acerca de cómo las teorías sobre relaciones de objeto en Inglaterra eran muy relacionales, pero carecen precisamente del concepto de self, excepto Goundtrip que sí habló de esto. En fin, estoy hablando demasiado.

Sandra Toribio: ¿Considera que es necesario, para poder comprender bien, “aplicar” o hacer uso de la Teoría de la Especificidad, partir de una base de una “Teoría de la estructura”? Es

decir, ¿considera que puede ser la Teoría de la Especificidad la base de la formación? ¿O es necesario aprender una teoría de estructura para después “desaprenderla” y poder hacer un mejor uso de la Teoría de la Especificidad?

Howard: Me encanta tu pregunta, es muy interesante y resultaría muy interesante poder discutir esto con los estudiantes. Quizás podríamos experimentar. Pero el problema de experimentar es que hacer un estudio de control es difícil porque de hecho precisamente a los estudiantes se les enseñan las teorías desde sus comienzos. El problema de intentar esto con la teoría de la especificidad es que ésta no tiene unos conceptos estructurados concretos como otras teorías procesuales como la teoría de los sistemas intersubjetivos o la compleja teoría psicodinámica, las cuales no hacen una mención explícita acerca de la aplicación de los conceptos estructurales. Creo que enfatizamos el proceso y hablamos de esto constantemente, porque del proceso deviene la estructura.

En la teoría de la especificidad la estructura es utilizada durante el proceso, pero de una manera diferente. Las diferentes teorías psicoanalíticas como psicología del yo, la teoría de las relaciones objetales, Lacan, todas las que quieras, son potencialmente utilizables tanto si aparecen como si no lo hacen durante el proceso. Necesitamos expandir esto y centrarnos en quién es el terapeuta en ese momento y a lo largo del tiempo, cómo emerge esta subjetividad de manera terapéutica y hacerla utilizable en la especificidad del proceso emergente.

Volviendo al estudiante, lo importante es animar al estudiante a atender al proceso emergente, qué es lo que emerge en ese momento del paciente y cómo ese terapeuta puede responder de manera eficiente a esto en función de quién es y de lo que terapéuticamente puede hacer en ese momento al margen de la lo sofisticado que sea la intervención.

Cada uno de nosotros como terapeuta traemos a toda situación clínica quiénes somos y lo que emerge en nosotros, quizás esa noche hemos soñado o hemos tenido una discusión con la mujer o un problema con el perro, no importa; todo tipo de cosas de múltiples ámbitos y diversos niveles pueden evocarse en el momento analítico, no solo fragmentos o elementos teóricos. Todo esto conlleva que nos cuestionemos hacia dónde vamos; creo que debemos expandirnos y concretar más.

Por lo tanto, lo que yo hago es impulsar la enseñanza del proceso. Los alumnos o estudiantes tienen un amplio conocimiento, además de experiencia, pero provienen de diferentes formaciones, ¿y por qué no enseñarles acerca del proceso y lo que pueda surgir del mismo? Porque efectivamente lo que ocurra con ese paciente depende de ese singular y único terapeuta. La especificidad de su proceso es importante, por lo tanto no tiene sentido esperar

a su encuentro con el paciente para enseñarles acerca del proceso. ¿Cómo os sentís al respecto? ¿Tiene sentido para vosotros?

Todos: Sí, en efecto.

Howard: A veces hablo demasiado (risas)

Alejandro: Creo que en ese sentido que los estudiantes que se están formando en psicoterapia psicoanalítica necesitan la teoría, porque sin ella no pueden reconocer los conceptos en el proceso. Necesitan observar el proceso y tener en mente la teoría.

Howard: En parte sí que estoy de acuerdo con lo que dices, pero aun así hay una forma diferente de verlo si te centras en la fluidez y especificidad de la díada. Arnold Goldberg enfatiza lo que tú estabas enfatizando. Cuando miras en un microscopio el profesor sabe que estás ante una lámina de hígado o riñón y a menos que el profesor te diga qué es lo que tienes que mirar, lo único que vas a ver es algo lioso y confuso, pero eso es así. Cuando viene un paciente normalmente lo que hacemos, que no quiere decir que sea lo correcto que haya que hacer, es sentarnos y esperar a ver qué sucede; y lo que venga quizás no tiene nada que ver con ninguna teoría ni con nada que hayamos estudiado, esto es lo que decía Bion. Pero si piensas qué es lo que puede ser útil en relación con lo que puedo hacer para ayudar al paciente esto se convierte en una nueva teoría en el momento. Es el otro lado de esto, lo cual no quiere decir necesariamente que la teoría no sea aplicable, pero puede causar cierta ansiedad el seguir rígidamente la teoría, dudo que ninguno de nosotros pueda hacerlo completamente de tal manera; creo que es un buen consejo. Yo no podría aplicar literalmente lo que Bion dijo "sin memoria no hay deseo", pero sí creo que nos guía en una buena dirección.

Carlos: Usted diferencia teorías de la terapia que definen la mente primariamente como estructura de las que la definen como proceso. ¿Es posible tener una estructura en proceso? ¿Son estas últimas teorías las teorías de la especificidad?

Howard: En toda teoría sobre el proceso hay uno o más conceptos sobre la estructura, por ejemplo Stolorow con su teoría de los sistemas subjetivos tiene varios conceptos sobre los principios organizativos con un sistema de creencias. Stolorow bromea al respecto y dice "Si yo hablo nadie me escucha", eso es un principio organizativo. Dice que ese principio organizativo evoluciona desde las múltiples relaciones tempranas y existe en la persona como un concepto estructural.

En conclusión, la estructura emerge del proceso y quiero referiros a un libro muy emocionante por Nicholas Rescher de 1996 titulado *Process metaphysics: An introduction to process philosophy*. En ese libro propone que toda la sustancia, que es como él lo llama y que nosotros denominaríamos contenido o conceptos, emerge del proceso; un gran número de filósofos

argumentan que es lo que ellos hacen, que toda la sustancia deriva del proceso. Hace mención a numerosos personajes tales como Henri Bergson, William James, Alfred North Whitehead etc.

Sandra: ¿La Teoría de la Especificidad es incompatible con el diagnóstico? ¿Cuál es su opinión al respecto sobre la necesidad o pertinencia del mismo?

Howard: ¿Diagnóstico psiquiátrico o diagnóstico psicodinámico? Dejé de pasarles a mis pacientes test proyectivos como el Test de Apreciación Dinámica, así como el Rorschach hace ya treinta años, cuando reconocí que la naturaleza del tratamiento psicoanalítico reside esencialmente entre dos personas: no había test que se ocupase de un diagnóstico de la diada; no existía y no existe. Cuando desarrollamos la nomenclatura diagnóstica del proceso diádico, el diagnóstico pudo cobrar cierta relevancia o interés. Habiendo dicho esto, tanto el diagnóstico psiquiátrico como el psicodinámico me brinda la posibilidad de conocer una parte de ser del paciente que influye en mi capacidad o empatía, y el tipo de respuesta terapéutica que puedo desplegar. Por ejemplo, con algunos pacientes límite o psicóticos tendría que descubrir con ellos si es posible realizar la labor terapéutica. Para mí el diagnóstico se trata de esto.

Carlos: Cuando hablas de pacientes límite estás usando términos diagnósticos.

Howard: Hablando con alguien si puedo usar esos términos para identificar a los diferentes tipos de personas, los pacientes límite manifiestan su organización defensiva de manera diferente; algunos incluso que me provocan mucho interés, pero otros pueden enfadarme tanto que no puedo ni pensar o sentir con ellos. En ese sentido el diagnóstico es útil.

Carlos: Si, en efecto nos referimos a ese tipo de diagnóstico no tanto a los instrumentos de evaluación. Hemos evolucionado de la misma manera.

Alejandro: Yo también dejé de utilizar hace tiempo el TAT, como instrumento diagnóstico, no la tarea narrativa que implica.

Carlos: Sandra sigue utilizándolos (risas). En su artículo "La Especificidad de la Eficacia Terapéutica en el Tratamiento Psicoanalítico", usted dice:

Al tratar a Guntrip, Fairbairn no aplicó sus nuevas ideas sobre la naturaleza relacional del trabajo analítico; sino que aplicó los conceptos tradicionales que no capacitaban a Guntrip para interactuar terapéuticamente con Fairbairn. De forma análoga, así como Guntrip tuvo una mejor experiencia analítica con Winnicott...

Temo que usted se queda con la versión más aparente que ofrece Guntrip. Si aceptamos que la terapia es el interjuego de una diada, la "diada analítica", entonces el paciente puede influir

en la relación, promoviendo un “estilo más tradicional”. Guntrip podría haber elegido sentarse en una silla:

[Guntrip, H. (1996) My Experience Of Analysis With Fairbairn And Winnicott. (How Complete A Result Does Psychoanalytic Therapy Achieve?). *Int. J. Psycho-Anal.*, 77:739-754:

No por mucho tiempo me di cuenta de que había ‘elegido’ la posición del diván y que había un pequeño sofá al lado de su mesa en el que me podía haber sentado si lo hubiera deseado, como hice al final. El que esta situación de entrada tenía un significado transferencial inconsciente me quedó claro en un sueño del primer mes. (p. 744)]

He estudiado a fondo a Fairbairn y considero que con Guntrip hay un malentendido ya que en ocasiones ofrece una versión demasiado clásica sobre Fairbairn, lo cual personalmente considero que realmente no lo es tanto.

Howard: Sí, él no era estrictamente clásico en su teoría. Lo que Guntrip decía es que Fairbairn no utilizaba sus nuevas ideas con él y que recibía un trato basada en la teoría clásica, es lo que Guntrip decía.

Carlos: Sí pero quizás cada paciente necesita una forma diferente de atención. Quizás Guntrip en ese momento necesitaba un análisis clásico en ese momento (risas).

Howard: Sí, eso es interesante, es una manera diferente de verlo. Lo que Guntrip argumenta es que Fairbairn no trataba demasiado las experiencias más arcaicas y primarias que tuvo su madre, por ello tuvo que irse con Winnicott.

Hay otra cosa que quizás he malentendido y que pueda interesaros. Me preguntaba si estabais sugiriendo quizás que Guntrip pudo intentar influenciar a Fairbairn acerca de si en la relación uno puede, con suerte, influenciar al otro recíprocamente. Quizás podría haber hecho eso, podría haber influenciado a Fairbairn para conseguir que le tratase del modo que necesitaba ser tratado, esto es sobre lo que he entendido que me estabais preguntando mi opinión.

Carlos: de todas maneras creo que Guntrip ofrece una imagen o descripción de Fairbairn que no es del todo correcta y no se ajusta a lo que era realmente. Es lo que sospecho.

Howard: Entiendo lo que dices y estás en lo correcto si nos basamos en los textos de Fairbairn y lo profundo de sus teorías que enfatizan la relación. Pero si el paciente no experimenta lo que necesita, si necesita algo y cree que Fairbairn con sus teorías le podrían haber ayudado y sin embargo no lo recibe, entonces, creo que tenemos que creer al paciente.

Después de preguntarle a Winnicott, Guntrip afirma que lo que éste le dio en la práctica es lo que Fairbairn contaba en su teoría, esa era su subjetividad. Si no dio una representación fiel de

Fairbain habrá que preguntarse por qué fue así. Claramente no pudieron encontrarse, no funcionó para él.

Carlos: Este tema daría para mucho más, sería interesante poder abordarlo en otro momento con más tiempo.

Howard: Ahora comprendo lo que intentabais decir, quizás Guntrip intentó fervientemente encajar con Fairbain pero sin embargo no pudieron. La otra pregunta sería si se acomodó patológicamente. En mi caso realmente intenté trabajar con Balint pero no me influenció en la manera que yo necesitaba. Volviendo a Fairbain, en su último y maravilloso trabajo que publicó para la Revista Internacional de Psicoanálisis sobre la relación en el tratamiento psicoanalítico y el énfasis que pone en la centralidad de la relación le permitió abandonar el diván y resaltar la importancia del encuentro cara a cara.

Me interesé mucho en la teoría de Balint sobre el desarrollo emocional temprano pero nunca las usó, escribió sobre esto desde 1937; quizás Balint pensó (risas) que yo necesitaba un análisis clásico, yo no lo pensaba. Lo que realmente necesitaba, y esto es algo que he ido corroborando a lo largo del tiempo, era el tipo de análisis y relación sobre el que él, Balint, escribía acerca de la relación temprana entre madre-bebé. Pero no podía hacerlo y creo que es por lo que pasó entre nosotros, ambos reaccionamos mal ante el punto de vista del otro. Esto es una historia larga que luego podemos retomar con más calma. Aprendí mucho de esta experiencia y fue muy útil para la teoría de la especificidad (risas).

Carlos: Si me permites un inciso. Tuve una paciente que tuvo hace unos cinco o seis años sufría de fobias terrible y resultaba muy difícil tratarla, sólo tuvimos tres o cuatro sesiones. Pero en uno de nuestros últimos encuentros me dijo que no era lo suficientemente relacional (risas).

Howard: (risas) Bueno nadie es perfecto. Esa es buena, que gracioso.

Carlos: Al referirse al caso de Eric, usted escribe (p. 11) "inconscientemente – o quizá disociativamente". ¿En su opinión cuál sería la diferencia?

Y añade usted:

Tradicionalmente mi responsividad a Eric se conceptualizaría como un enactment de transferencia/contratransferencia. Esto lo ubico bajo la rúbrica de la especificidad del proceso diádico, que designa algo más que esto, es decir, una instancia de la posibilidad terapéutica para una diada en particular.

¿Nos podría decir en qué forma es eso más que un enactment?

Howard: Sí, qué bonita pregunta. Requeriría una sesión entera.

Carlos: Hago esta pregunta por lo que dice Bromberg sobre el estado disociativo de ambas partes, paciente y terapeuta.

Howard: Sí, de hecho, en particular Donnel Stern habla de ello y lo recojo en el segundo trabajo que presentaré mañana.

De acuerdo, inconsciente y disociado. Michael Basch era un brillante psicoanalista de la psicología del self que murió unos años, una tragedia. En fin, como Basch dijo hace ya muchos años gran parte de lo que Freud llamaba represión era probablemente renegación, es decir disociado. Sería más bien un grado de disociación más que de inconsciente. Para mí el inconsciente opera en un nivel que no es normalmente accesible más que a través de sueños o estados psicóticos. La disociación o la renegación es lo que hacemos cuando no queremos saber, así que nos ponemos a decidir, pero no podemos acceder a ello. Mañana presentaré un buen ejemplo de esto con el caso de mi paciente Mara donde hubo esta mutua disociación, pero no inconsciente, estaba ahí pero no queríamos saberlo, queríamos olvidarlo. ¿Cómo veis esta diferencia?

Carlos: Bueno, dices que represión es más similar a la renegación.

Howard: La renegación es un grado menor de la disociación.

Carlos: Bajo mi punto de vista, considero que la represión es el último mecanismo neurótico que aparece; mientras que la renegación es más básica o primitiva.

Howard: No creo que sea más primitivo, sino que está menos profundo en la psique, está más cerca de la superficie. En lenguaje ordinario "Yo reniego de algo", es casi consciente pero también puede estar en un nivel fuera de la conciencia, aunque puede ser traído muy fácilmente a la misma.

Carlos: Pero puede haber muchos niveles de renegación, puede haber un grado muy patológico del mismo. Por ejemplo, cuando estás haciendo algo que sabes qué resultado conlleva, pero igualmente continúas haciéndolo.

Howard: Un buen ejemplo de eso es Donald Trump (risas). Lo hace todo el tiempo, ¿está mintiendo o está renegando? Bueno, no lo sabemos.

Carlos: (risas) Un ejemplo sería la gente que juega a la ruleta o los ludópatas, o los drogadictos, en general las adicciones. Por ejemplo, yo se que fumar me hace mal, pero continúo haciéndolo ¿Por qué? Lo hago porque reniego las consecuencias mientras fumo.

Howard: Es un ejemplo excelente. Yo por ejemplo tengo la misma experiencia, solía fumar cigarrillos, grandes, pequeños, de todo tipo, desde el instituto que comencé a curiosear con el tema (risas). Solía sentarme en mi despacho del hospital y me decía "hoy voy a parar de

fumar” y lo siguiente que hacía era comer mi sándwich pensando en no fumar; pero luego me veía levantándome, caminando hacia la puerta, ir por el pasillo hasta el ascensor para bajar a comprar una pequeña caja de cigarrillos a la tienda (risas). Esto es una renegación / disociación, es prácticamente consciente pero lo que también renegaba hasta que me hice más consciente es que me estaba dañando, me estaba enfermando del pecho. Nunca habría dejado de fumar si no hubiese visto estas consecuencias.

Carlos: Otro ejemplo es como cuando un adulto abusa de un niño y lo argumenta diciendo “lo hago por tu bien, te estoy ayudando”, pero realmente es un abuso.

Howard: Es otro buen ejemplo de renegación porque es casi consciente. Si fuese disociado estaría en un nivel más profundo es lo que creo. Una paciente caótica que venía a verme y ella de vez en cuando se equivocaba de salida en la autopista, sabía dónde estaba mi consulta pero por alguna razón no quería venir y no quería saber que no quería venir, pero inmediatamente esto se vuelve accesible. Son cuestiones conceptuales, la diferencia entre inconsciente y disociación no es tan clara.

Voy a responder a la segunda parte de la pregunta de Carlos. No necesito más de un enactment. Estoy en efecto criticando la designación implícita del enactment de algo que siempre debe ser desenvuelto o desenmascarado, algo que es problemáticamente inherente o no es terapéutico, en lugar de ser potencialmente útil.

Tengo un problema con el concepto, porque éste presume que algo que debe ser útilmente desenmascarado y traído a la conciencia verbal. Michael Balint tenía un aforismo interesante que decía “si sientes algo mientras tratas a un paciente deberías parar y no actuarlo, si no considerarlo como un posible síntoma de la enfermedad del paciente”. Es muy interesante porque no utiliza la palabra identificación proyectiva, dice sientes algo “considera de donde viene pero nunca lo actúes”. Hay una parte de este aforismo con la que no estoy de acuerdo que es la de “nunca actuar”. En ocasiones actuar ante algo puede ser tan absolutamente útil que no incluso no lo sabes.

Alejandro (en nombre de María Hernández): Las siguientes preguntas las ha aportado María Hernández, la que ha sido traductora de tus trabajos, y lo será en directo esta noche en tu conferencia y mañana en el seminario clínico. La primera pregunta sería ¿Qué recomendaciones le darías a un psicoanalista que esté empezando su experiencia clínica, para aplicar la Teoría de la Especificidad con sus pacientes?

Howard: Mi respuesta es la misma que la de la pregunta de Sandra. Enseña acerca del proceso y se consciente de lo que está emergiendo en el paciente, en ti mismo en dicho contexto y entre los dos sin prejuicios. Un buen terapeuta hace esto todo el tiempo (risas). Lo

que yo recomendaría es “Cuelga en la percha los conceptos estructurales que tienes antes de entrar por la puerta de tu despacho, si esto no es posible se consciente de tus preferencias teóricas”. Yo las conozco y tengo que tener cuidado al aplicarlas al paciente porque pueden no ser relevantes. Esta sería mi respuesta a la primera pregunta de María.

Alejandro: Gracias, la segunda pregunta de María es sobre el papel de la empatía y dice así. ¿Diría que la empatía es la clave más importante para llevar a cabo una terapia basada en la Teoría de la Especificidad? En caso contrario ¿cuál sería la cualidad más importante en el terapeuta? ¿Diría usted que esta misma empatía puede ser también una dificultad para el analista, a fin de ofrecer al paciente una terapia eficaz?

Por ejemplo - Si la terapeuta en el caso presentado (Lucyann Carlton), en el que la paciente solicitó un (infinito) abrazo, hubiese cedido a la solicitud del paciente, a este no se le habría ocurrido el recurso de la manta; ni tampoco habría satisfecho la necesidad infinita de abrazos del paciente.

Howard: una pregunta muy interesante. Respondiendo a la primera parte de la pregunta yo diría que sí. Quiero enfatizar esto ya que el uso de la empatía es inherentemente específico del proceso. Otra función de la empatía aparte de sintonizar con los estados subjetivos del paciente, es para conectar con la necesidad natural del paciente de recibir una respuesta terapéutica. Esta es la función adicional de la empatía.

El analista también debe ser capaz de empatizar consigo mismo, con su experiencia en relación con sus reacciones emocionales de su paciente y simultáneamente hacerse consciente de su capacidad de responsividad terapéutica. Todo esto ocurre rapidísimo.

La última parte de la pregunta incide en la conciencia sobre la propia capacidad de respuesta terapéutica. La cuestión aquí es que Lucyann no podía responder al paciente de manera específica, esta es la especificidad de la díada, no podía hacerlo. Esto fué más allá de su limitación particular en dicho contexto, así que no sabemos qué habría ocurrido porque entonces habría sido otra terapia. Es lo principal que quería transmitirlos.

Tengo una pequeña viñeta que os presentaré más adelante si me lo recordáis sobre una conversación con Margaret Black en Atenas sobre una paciente que presenté.

Sandra: Trabajar como psicoterapeuta sin una guía preconcebida podría parecer más costoso a priori, ya que seguramente estaremos más en contacto con la angustia e incertidumbre de qué hacer o cómo manejarlos. ¿Cuáles diría que son los pros y contras de trabajar desde este enfoque? ¿Cómo se recuerda Usted trabajando más al principio de su carrera como analista más apegado a una teoría “de estructura” y cómo se ha visto y sentido después, trabajando desde la Teoría de la Especificidad?

Howard: Mi respuesta Sandra, es sujétate a la silla si puedes. No es fácil tolerar la ansiedad de no saber, pero pasará. Para responder a la segunda parte de la pregunta, cuando yo supe, fue fácil porque encontré lo que buscaba. Esto era reasegurar mis teorías y mi narcisismo, pero no mucho más (risas).

Rosario Castaño: Me parece muy sugerente la forma en que Ud expone los casos clínicos para explicar la Teoría de la Especificidad. Esto me ha hecho recordar, por una parte, mi propio análisis, del que guardo "momentos de encuentro" en los que el analista hablaba, daba interpretaciones y lo que yo, realmente recibía era su tono y su actitud ante situaciones fundamentalmente traumáticas. Y por otra, los enactment, ¿son estos una forma obligatoria del proceso? ¿Este concepto llegará a sustituir al concepto clásico de transferencia-contratransferencia?.

Howard: Muchas gracias por tus preguntas. Por favor, decirme si esto no es adecuado. Respecto a la primera parte de la pregunta, yo diría que sí. Uno puede verse significativamente afectado por el tono y la actitud, especialmente una vez han experimentado un trauma, esto lo que he descubriendo tras mi experiencia como analizado y analista. ¿Es a lo que te refieres? El tono, la calidad, timbre, la manera en la que el analista habla puede marcar una tremenda diferencia. Estoy totalmente de acuerdo contigo, y puede ser muy específico respecto a su propia necesidad.

Rosario: Me siento bien y satisfecha cuando el paciente me dice "en la pasada sesión me dijiste –lo que sea-"; y yo no recuerdo lo que le dije exactamente pero él recuerda mi tono, mi actitud, mi cara y expresiones, y me hace sentir muy bien.

Howard: Eso muy interesante en muchos niveles porque sólo estáis vosotros dos; esto es como la pregunta de Guntrip y Fairbairn. Las dos personas estáis ahí, y tú podrías jurar que hablaste suavemente y de manera sutil mientras que el paciente recuerda las palabras exactas y la manera en que recibió tu mensaje, lo cual es terriblemente molesto. Como Joseph Lichemberg decía, hay que ver dónde y porqué ha atribuido esto; lo cual es muy fácil de decir pero ¿puedes realmente hacerlo? Si no puedes hacerlo podría llegar a ser un problema sobre todo si se produce una ruptura de la alianza, lo cual tienes que reparar.

Respecto a la segunda parte de la pregunta acerca de los enactment. Como mencioné antes tenemos que dismantelar el concepto de enactment. Prefiero considerar que es lo que constituye la experiencia terapéutica para el paciente y como el terapeuta puede responder de manera óptima hacia esas necesidades de ese paciente, teniendo en cuenta las palabras, el tono, la actitud o la acción, más que hablar de si se está produciendo o no enactment. Porque el enactment es como hablar de depresión, contiene muchísimas cosas. No es malo ni bueno, es un sector de cómo el analista puede responder a su paciente. Antes lo

llamábamos acting in o acting out y ahora enactment, pero sigue siendo una manera de estar en el cuarto con el paciente.

Me viene a la cabeza la técnica activa de Ferenczi ya que también hubo un malentendido de este estilo. No se trata de si el terapeuta es activo o si por el contrario tiene que serlo el paciente, intentaba fervientemente conseguir que el paciente hiciese determinadas cosas para conseguir una diferencia, y podría decirse que todo eso eran enactments, porque él mismo hizo todo tipo de cosas, por las que se metió en líos, y que eran en sí mismas enactments en el sentido de que eran acciones. La cuestión para mí es si el paciente lo experimenta como terapéutico o no; no me preocupa tanto si es la el tono, la interpretación o la manera de decirlo porque todas estas cosas pueden no serlo, todo depende de lo que esté ocurriendo.

Por último, contestaré a la tercera parte de la pregunta. Lo que espero que sustituya a la transferencia-contratransferencia sea la especificidad del proceso diádico. Lo que sucede entre el paciente y el terapeuta va mucho más allá del limitado concepto de transferencia y contratransferencia que son conceptos estáticos. El concepto de *especificidad del proceso emergente* connota impredecibilidad, fluidez y cambio, que además conlleva todo tipo de aspectos sobre quiénes somos en el momento. Es un concepto amplio. Tengo una sección en mi libro donde exploro como la teoría de especificidad nos invita a reconsiderar la naturaleza de los conceptos psicoanalíticos clásicos, tales como analizabilidad y también la transferencia-contratransferencia, o también la autorevelación, que se ve de manera diferente desde la teoría de la especificidad.

Rosario: A medida que he ido leyendo sus textos tenía la impresión de que uno de sus maestros no podía ser otro que Ferenczi, y he pensado en la noción ferencziana de regresión, que él sitúa en torno a la tendencia del ser humano a regresar a situaciones traumáticas no debidamente resueltas, y también a la situación infantil pretraumática. Ferenczi –a diferencia de Freud,- consideraba la regresión como una voluntad de volver al placer, a un periodo pretraumático, era básicamente erótica no thanática. Y yo me pregunto ¿las teorías del proceso promueven la regresión para que haya realmente un proceso terapéutico de transformación? ¿Hay realmente un cambio?

Howard: Son preguntas muy interesantes. Creo que llevas razón. Si que siento que Ferenczi me ha influenciado significativamente, mi inclinación es descubrir con el paciente cuáles son sus necesidades terapéuticas y si son posibles de satisfacer en la manera en la que el paciente necesita. Esa era la esencia de Ferenczi clínicamente. No me veo a mi mismo siendo terapéuticamente masoquista como Ferenczi, que se hacía cargos de casos verdaderamente difíciles, he llegado a conocer mis limitaciones mejor.

Respecto a la pregunta sobre si el proceso nos ayuda a llegar a los estados más primarios, focalizarse en el proceso no significa exactamente que tratemos asuntos primarios, sino estar pendientes y atender a lo que sucede y continuar por ahí, mientras ambos podamos, a donde quiera que vaya en el sentido de centrarse en el proceso más que en lo que la teoría dice. Pero esto no necesariamente nos enfoca a trabajar con los asuntos más tempranos, depende de la diada y de su capacidad de tratar esto y a dónde pueden ir juntos.

Al focalizarse en el proceso diádico ilumina se subrayan cuáles son las necesidades terapéuticas y también cómo esa diada puede llevarlo a cabo. Me encantaría decir que sí que tiene esa capacidad, pero uno nunca sabe, es inherente a este tipo de enfoque. Esto se debe a que no es una teoría estructurada como por ejemplo la teoría keliniana. Si sigues las ideas kleinianas y sus ideas creerás que la personalidad y la patología ocurren durante los tres primeros meses de vida y trabajas con ello. Todavía hay gente que se cree esta historia (risas).

Tenéis un montón de preguntas muy interesantes.

Rosario: Como Ud explica, las teorías del proceso nos dan un rango más amplio de respuestas, por eso el trabajo terapéutico es más complejo, pero también más interesante... y que el proceso terapéutico no es más que una función de la *singularidad del proceso diádico* y del *encaje diádico específico*. En base a esto ¿Cuáles son las mayores dificultades que Ud se encuentra en las supervisiones?

Howard: Hay un capítulo en el que trato este tema directamente. Hay otro trabajo que recientemente se publicó en un libro editado por Arnold Rachman en la Escuela Psicoanalítica de Budapest, donde se expone el legado de Michael Balint que deja a la teoría de la especificidad y concretamente respecto a la supervisión.

La supervisión es importante para la terapia desde la perspectiva de la teoría de la especificidad. Entre el supervisor y el supervisando hay un proceso diádico recíproco, y su tarea es encontrar cómo esa diada particular de supervisor y supervisando se responden de la manera más eficaz posible para ese supervisando que está tratando a ese paciente. En ese sentido también es un proceso triádico. Quien escribió acerca de esta relación particular entre supervisor, supervisando y paciente, es Judy Kantrowitz en Boston, que publicó un interesante trabajo llamado *Triadic Match*.

El mayor reto o dificultad al supervisar es precisamente focalizarse en el proceso. Joan Fleming y Theresa Benedek escribieron un maravilloso libro en 1967 llamado *Supervisión Psicoanalítica*, el cual ha sido completamente ignorado y es una pena porque es maravilloso. Ella dice que lo más difícil es enseñar el proceso, y la necesidad de focalizarse en enseñar esto y no centrarse sólo en las dinámicas del paciente.

Recuerdo una conferencia de psicología del self hace años, hice una especie de experimento para demostrar la especificidad del proceso durante la supervisión y esto es lo que hicimos: Lucy Carlton que me estaban ayudando con un libro, presentaron una viñeta corta de un caso. Tuvimos dos experimentados supervisores; uno de ellos entraba primero en el cuarto mientras se presentaba el caso y respondía al material. Luego salió de la habitación y el otro supervisor entró, se presentó el mismo material y luego interactuaron. Cada experiencia fue totalmente diferente con exactamente el mismo material.



Carlos: Pero ¿estas dos diferentes versiones eran totalmente incompatibles?

Howard: eran muy diferentes, señalaban diferentes cosas

Carlos: Si puedes ver diferentes cosas pero que no sean incompatibles. No sé si me explico bien. Tanto si coges la cola, como si coges la cabeza del elefante al final estás hablando del mismo elefante.

Howard: Teóricamente sí, pero en realidad no. Hablaban de diferentes aspectos del paciente. Tengo una experiencia interesante de cuando estaba enseñando un curso en el Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo sobre la teoría de la especificidad. Estaba supervisando a una mujer muy joven interesada en el trabajo de Bion, el problema es que yo pensaba que realmente no la estaba ayudando, no entendía la razón ya que a mi Bion también me interesaba. La sugerí que presentara su trabajo en el seminario como un ejemplo fallido sobre

la especificidad del proceso de supervisión. No había conexión es impredecible pero no funcionó. Ella dijo que sí lo haría, pero al final nunca apareció (risas).

Sandra: Eso fue parte de la falta de conexión y alianza (risas).

Howard: Tengo otra historia sobre Bion de la época en que me supervisó mi tercer caso. Él por aquel entonces era un referente para los alumnos del grupo kleiniano; entre ellos había un hombre joven que acudió a Bion para realizar su primera supervisión. Recuerdo que su nombre era Bill Braff y ambos estábamos trabajando en la clínica Tavistock. Un día Bill legó de una supervisión con Bion y me dijo "Howard ¿podría hablar contigo un momento?" Fuimos a su despacho y me dijo "Vengo de una supervisión con Bion y no he entendido ni una palabra de lo que Bion decía; me estoy volviendo loco ¿Podrías ayudarme?". En aquel momento yo era un estudiante de tercer curso y le dije que vale. Me enseñó su caso y yo supervisé su caso (risas) porque no sabía usar a Bion, no funcionó para él.

Rosario: Pienso que una de las mayores dificultades en el proceso de ser psicoterapeuta está en reconocer las propias limitaciones pero me gustaría saber ¿cuál es el concepto o los conceptos más difíciles de transmitir en la formación del terapeuta?

Howard: Lo más difícil e importante es enseñar el proceso. En la conferencia en la que hicimos ese experimento era muy difícil hacer que se focalizasen en el proceso; los analistas les encantan hablar de las dinámicas del paciente, lo cual es importante, pero hablar de la diada y el proceso es difícil. La gente trae brillantes formulaciones sobre las dinámicas, pero no sobre el proceso, es muy complicado.

Rosario: Creo que el terapeuta normalmente piensa sobre el paciente como una persona que tiene delante. El terapeuta joven piensa en el paciente como alguien ajeno y lejano a él.

Carlos: Cuando hablamos de proceso somos reticentes a hablar y tratar el papel que juega la subjetividad del terapeuta en la relación, casi nadie habla de su propia subjetividad.

Howard: Excelente, es lo que intentaré hacer en la supervisión grupal del caso que haremos mañana. Por cierto, ¿cómo será el formato que vais a seguir? ¿Será un grupo numeroso?

Alejandro: tenemos varios formatos, pero mañana será para el grupo completo, un terapeuta en formación presentará un caso delante de todos, que serán unas 30 personas.

Howard: Lo que sugiero es pedir ocho voluntarios para formar un círculo mientras la persona presenta su caso; pediré al grupo que comente e intervenga, así haremos un grupo al estilo de Balint y veremos todo lo que hoy hemos estado comentando. Hay que tener en cuenta la capacidad y el coraje del presentador y del resto del grupo para hablar sobre sí mismo,

quienes son y cómo se relaciona con el paciente para entender cómo es el proceso. Es una buena manera de ilustrar la teoría de la especificidad.

Rosario: La elasticidad de la técnica analítica parece ser una característica de esta teoría, ¿es esta flexibilidad lo que promueve la improvisación?, ¿se podría decir que la improvisación es otra característica de las teorías del proceso, que además, proporciona más recursos para llegar allí donde el paciente nos lleva ¿tenemos que ir allí donde el paciente nos lleva o allí donde el paciente no se atreve a ir?

Howard: Esa última pregunta es maravillosa y muy importante. Nunca estoy seguro de lo que significa *improvisación*, pero si lo entendemos como respuesta espontánea a lo que emerge en el paciente y en nosotros en dicho contexto concreto, entonces es lo que realmente se busca en terapia, lo que se necesita. Frank Lachman que es muy buen amigo mío, utiliza mucho el humor, hace un buen uso del mismo, aunque hay que tener cuidado porque puedes hacer una broma y que caiga como una bomba para el paciente, todo depende. El efecto de esto dependerá de la sintonía entre el paciente y el terapeuta. No creo que podamos generalizar, tenemos que verlo en el momento. Cada uno de nosotros tiene sus propias tendencias y su propio estilo, como Phil Ringstrom, él es muy atrevido y esto funcionará con algunos pacientes y con otros no. Yo me inclino a respetar la necesidad de autoprotección del paciente, puedo ser aventurero en un momento dado e intentarlo, pero yo soy así tiendo a respetar su necesidad de defensa.

Alejandro: En su opinión, ¿de qué forma la neurociencia puede influir en la teoría y la práctica psicoanalítica, ahora y en el futuro? Por otro lado, la neurociencia, y más específicamente la investigación del desarrollo infantil han cambiado nuestras ideas psicoanalíticas de muchas maneras. ¿Cómo ve la evolución del pensamiento psicoanalítico en las próximas décadas y la manera en que cambiará nuestra teoría y práctica?

Howard: He aprendido mucho del galardonado premio nobel Gerald Edelman, he resumido sus ideas en el capítulo 4. Constituyen un sustrato neurobiológico muy remarcable para la teoría de la especificidad, igual que los estudios de neurobiología infantil de Louis Sander y Edward Tronick. Entonces, ¿qué podemos esperar? Creo que deberíamos delinear de manera más clara los procesos neurológicos que subyacen la especificidad y complejidad del proceso psicoanalítico, que de hecho es esencialmente psicológico. Lucyann Carlton escribió un trabajo, del que iban a sacar un libro que nunca publicaron, llamado *Psicoterapia basada en el cerebro* (Brain based psychotherapy). No sé qué pensáis vosotros de esto. ¿Cómo entendéis vosotros el funcionamiento del cerebro; creéis que es directamente relevante para el tratamiento psicoterapéutico?

Carlos: Tenemos puntos de vista diferentes, en mi opinión no (risas).

Howard: ¿Y para ti, Alejandro?

Alejandro: Quizás, si lo tengo en cuenta.

Howard: Yo no lo sé. Quizás sea importante para comprender el proceso porque la neurociencia muestra que el cambio sí que es posible, lo cual podría entenderse a través de metáforas y hacer uso de ellas.

Los neurocientíficos enfatizan que el cerebro puede cambiar aunque sea de manera muy paulatina. Vamos a pasar a la segunda pregunta que habéis hecho sobre neurociencia, que es un poco diferente.

Respecto a la segunda parte de la pregunta, anticipo que, como en las disciplinas médicas y quirúrgicas, vamos a desarrollar mejores maneras de responder a determinadas necesidades terapéuticas para llegar a la salud y abordar determinadas patologías; y aquí creo que la teoría de la especificidad es parte de este movimiento. Por ejemplo, en la medicina estamos comenzando a ser capaces de ralentizar el proceso de envejecimiento y de disfrutar la vida con mayor calidad y con una mejor y más longeva salud. Esto al mismo tiempo nos hace capaces de afrontar específicos tipos de cáncer sin afectar a cuestiones de salud, es algo sorprendente que está ocurriendo en este momento. Una terapia neurológica funciona de la misma manera, responde a una patología muy particular y específica, a determinados agentes. Creo que necesitamos llegar a estas capacidades en nuestro trabajo psicoterapéutico y por supuesto ofrezco la teoría de la especificidad como un primer camino en esa dirección.

Pasemos a la última pregunta que es muy interesante (risas). La responderé

(En nombre de María Hernández): A nivel personal - ¿finalmente pudo reconciliarse con su madre?

Howard: La respuesta es no. Pero pare de odiarla, de manera remarcable, realmente lo hice. Como con mi primer y oficial analista, ella fue mi primera analista no oficial, reconocí que nadie es culpable. Es todo un proceso donde aprendemos y si se es afortunado, llegamos a aceptar las limitaciones relacionales específicas de los otros. Si puedes aceptar que la diada va mal, más que pensar que es un mal terapeuta o un mal paciente, estás haciendo algo diferente. Las limitaciones específicas de cada uno en ese contexto, quizás haga que sea una mala unión, que no sea un vínculo que encaje. Es otra manera de abordar todo esto., es la teoría, así que en este sentido la teoría me ayudó (risas).

Sandra: Antes nos has dicho que te recordemos la viñeta que querías contarnos. Si prefiere puede contárnosla ahora o sino luego en la conferencia.

Howard: Si os lo contaré ahora, es una viñeta sobre las limitaciones. Ocurrió en Atenas en un congreso anual internacional de IARPP y yo presentaba la teoría de la especificidad ilustrado a través de una paciente psicótica. Era una paciente muy interesante, el trabajo lo titulé *Dina, Dr B y los demonios*. Era una paciente muy enferma-, con esquizofrenia paranoide. La paciente eventualmente se enfadaba mucho, se sentía muy perseguida y además se negaba a tomar la medicación. Cada vez aumentaban más los síntomas psicóticos inclusive ideas suicidas y ella insistía en que yo entendiese que ella necesitaba quitarse la vida. Intenté de todas las formas posibles sintonizar con su subjetividad y ella lo notó. Sin embargo, no podía convencerla de que realmente entendía lo que ella experimentaba porque realmente no lo hacía, lo intenté fervientemente. Tuve que llamar al hospital, donde ella eventualmente recibió terapia electro-convulsiva, para que la pusiesen una buena medicación antipsicótica, siendo consciente de que me odiaría por ello. Surgieron muchas preguntas cuando presenté el caso, quizás debería haber pensado seriamente en presentar otro (risas). Margaret al terminar se acercó a mí y dijo "Howard, seguro que podrías haber hecho algo" y le contesté "Margaret, quizás tú podrías haberlo hecho" a lo que me contestó "Vale, pilló lo que dices" (risas). Esta es la anécdota.

Todos: Muchas gracias, Howard.

Howard: Muchas gracias a vosotros, han sido preguntas maravillosas.

Realizada en Ágora Relacional, Madrid, viernes 5 de Mayo de 2017.