

ENTREVISTA CON: JOYCE SLOCHOWER¹

Realizada por Alejandro Ávila Espada, Carlos Rodríguez Sutil, Rosario Castaño, Ariel Liberman, Sandra Toribio Caballero y María Hernández Gazquez²

Alejandro Ávila: Buenas tardes Doctora Slochower. Bienvenida a Madrid y al Instituto de Psicoterapia Relacional. El propósito de esta entrevista es publicar una visión sobre su trayectoria y trabajo a lo largo de su carrera para publicarlo en español en nuestra revista electrónica para diseminar el conocimiento de su trabajo en las personas de habla hispana. Podría compartir con nosotros su carrera su carrera como psicoanalista. ¿Cómo se hizo relacional? ¿Quién ha influido más en su pensamiento clínico y su práctica?

Joyce Slochower: Muy bien, voy a empezar por el principio y confieso que mis padres, ambos, eran psicoanalistas (risas de todos los presentes)

A.A.: Está sobre-determinada

¹ Ávila, A., Rodríguez, C., Castaño, R., Liberman, A., Toribio, S. y Hernández, M. (2018). Entrevista con Joyce Slochower. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (3): 530-548. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2018.120307

² Traducción y transcripción de María Hernández Gázquez.

J.S.: Si, muy sobre-determinada.

A.A.: Nadie es perfecto (risas de todo).

J.S.: Así que mi madre era, ambos eran Freudianos, pero quizás durante mi niñez el único suceso que más me influyó, que ocurrió en relación a mis padres y el psicoanálisis fue éste: que mi padre, que era extremadamente brillante, una figura de la literatura comparada, que había llegado al psicoanálisis después de McCarthy – ¿sabéis lo de McCarthy verdad? (varios afirman), y entonces le echaron del Brooklyn College donde estaba dando clases. Su trabajo psicoanalítico para mí era muy rígido y yo tenía esta sensación de “no quiero ser así, y no quiero pensar así.” Recuerdo que una vez me dijo, “La obesidad es envidia de pene.” Pues no, no lo es. ¿comprenden?

Sandra Toribio: No, no la comprendo

J.S.: Envidia de pene, el concepto de Freud.

S.T.: ¿La obesidad?

J.S.: Si, la obesidad. Extremadamente clásico. Así que tenía esto por un lado y por el otro lado tenía a mi madre que se había formado como Freudiana pero cuando yo tenía unos once años, y esto fue antes de que el aborto fuera legal en Estados Unidos, y desde luego imagino que aquí tampoco lo era, mi madre me dijo un día, “Voy a facilitar la realización de un aborto para una paciente. Está embarazada. No puede tener este bebe.” Y yo que tenía unos once o doce años le dije, “Pero mama, no te está permitido hacer eso. Eres una psicoanalista, ¿cómo puedes ayudar a tu paciente a obtener un aborto?” Y mi madre me dijo, “O estamos en el asunto de ayudar a las personas, o no lo estamos.” Y me llegó al alma. Y se convirtió para mí en la forma de pensar en este trabajo, que dice, vale, tienes un teoría, tómala, es una estructura global. Pero no dejes que te hagas un lío con lo que haces en la consulta. Así que diría que para mí esa fue la línea roja, fue donde yo empecé. La otra explicación es más teórica. Cuando estaba en formación había Freudianos y había personas influidas por la Teoría de las Relaciones de Objeto, y había Interpersonales. No me gustaban los Interpersonales. No me gustaban. Eran agresivos con los pacientes. A mí me parecía que a los pacientes le echaban la culpa de sus problemas. Era como “¿qué has hecho para que conseguir que te dejen de lado?” Esta no es forma de hablarle a la gente. No creo que sea respetuoso. Y luego estaban los freudianos que eran bastante rígidos como freudianos clásicos, no los freudianos contemporáneos. Y luego estaban los de las Relaciones de Objeto, y cuando tenía treinta años, y ya tenía un hijo, un amigo freudiano me dio el libro de Winnicott “El niño, la familia y el mundo externo”, ¿lo conocéis?

Varios: Si, si.

J.S. Eran las presentaciones a las madres, no es un trabajo psicoanalista, pero está escrito por Winnicott, y me enamoré. Había una puerta. Este hombre entendía algo sobre lo que ocurre por parte de la madre para crear un entorno en el cual el bebé puede desarrollarse. Es una teoría muy centrada en el bebé, y entonces si la introduces en la consulta, es una teoría muy centrada en el paciente. No es algo que se impone. Si estoy hablando muy de prisa me avisáis porque tiendo a hablar muy deprisa.

Así que empecé queriendo ser Winnicottiana, quería ser una analista empática, dulce y ofreciendo sostén. El problema era que la mayoría de mis pacientes estaban en el Hospital Bellevue, que si no lo conocéis es una clínica de pacientes de día, que tiende a atraer a gente muy enferma. Y no querían que les sostuviera, y si lo querían, yo no sabía sostenerles en la forma en que ellos querían ser sostenidos por mí. Y tomé conciencia de que se necesitaba algo más que esto de Winnicott muy idealizado, dulce y tierno. Así que me alejé un poco de Winnicott y (evolucioné) hacia una forma de trabajo que tenía en cuenta lo complicados que son los temas emocionales de las personas; y que la mayoría de las personas no quieren simplemente tener esta regresión en la cual nosotros somos el objeto maternal reparador. Así que me alejé de Winnicott y empecé a pensar en cómo trabajar con diferentes tipos de estados afectivos, incluyendo el odio, con el narcisismo, con la falta de piedad, con una variabilidad que se podría llamar estados límite como-si. Así que ese es como un hilo completo que viene de lo teórico. Y luego hay otro hilo que viene tanto de lo teórico como de lo personal. La parte teórica viene del impacto del pensamiento feminista en Estados Unidos. No sé si fue diferente aquí, pero tengo un recuerdo increíblemente vívido, incluso lo escribí en uno de mis trabajos porque nunca lo olvidaré. Tuve tres hijos, y era muy joven cuando los tuve y cuando era una joven madre descubrí este disco de Marlo Thomas llamado "Free to be, you and me". Probablemente puedan encontrarlo ahora. Había muchas canciones, pero todas eran sobre la agenda feminista y la que me llegó fue "las mamás son personas, personas con hijos" como en "No soy sólo tu madre", también soy una persona y recuerdo que todas, mis amigas y yo, cantábamos esto porque teníamos la sensación de que se suponía que debíamos sumergirnos y simplemente ser las madres de nuestros hijos. Así que todo ese hilo, el hilo del feminismo, que fue recogido por Jessica Benjamin y otros, de alguna forma encontró su camino en esta idea que tanto prevalece en el pensamiento contemporáneo y relacional, que tiene que ver con la ubicuidad de la subjetividad del analista. No podemos borrarlos, no como madres, madres o personas, personas con hijos, los analistas son personas, personas con pacientes, ese es el paralelo, y la noción de que hay alguna versión de "¡Hey! Espera un minuto, ¿y qué hay de mí!" No como en prestarme atención a mí, porque para mí sería una perversión de la relación analítica - se supone que yo debo prestar atención a mi paciente. Se supone que mi paciente no debe prestarme atención

a mí. Pero al mismo tiempo estoy allí - y estoy allí en todo tipo de formas que, si no reconozco y abordo, se van a infiltrar en el trabajo de manera problemática. Este es un ejemplo un poco tonto, pero increíblemente liberador para mí. Hace veinticinco años, me di cuenta de que en invierno mis pacientes vendrían de las calles de Nueva York que estaban heladas y nevadas y que ponían sal para derretir el hielo y el hielo es de color, rosa o azul. Entonces lo que pasaba es que entraban con sal en las botas, y adivina lo que pasaba con las alfombras; destruidas, así que un día me dije, "esto no está bien", y puse un letrero en la puerta de mi casa "por favor deja tus botas o zapatos fuera", en invierno. Para mí fue un gran riesgo, esto no se hacía hace treinta años, pero fue una representación simbólica de la idea de que, si voy a funcionar de esta manera como analista, también tiene que haber espacio para mi subjetividad. Así que es una especie de representación de eso. Todo eso me llevó hacia la perspectiva relacional, hacia Lew Aron, hacia la pregunta de cuál es el papel de la subjetividad del analista, qué sabe el paciente sobre el analista, qué hace el analista con lo que se conoce y lo que no se conoce, y qué es lo que no se conoce y que debería ser conocido, y qué es lo que debería ser conocido y qué no, así que allí es donde acabé; y me voy a callar.

A.A.: No, continúe

J.S.: Ok, de ahí llegué a un lugar que para mí integra lo relacional y lo Winnicottiano en que, no creo que esto sea así, pero un amigo freudiano me dice "Tú eres freudiana de izquierdas". Y yo respondo: "No, tú eres relacional de derechas". Pero hay un cierto solapamiento y creo que viene del hecho de que no hago lo que hacen algunos de mis colegas, no dirijo con mi subjetividad (no voy con mi subjetividad por delante), no dirijo con, ya sabes, Darlene Ehrenberg y yo... nunca le diré a un paciente "Encuentro que estoy aburrída", "Qué es lo que está pasando que hace que me aburre, hablemos de ello". Yo no hago eso. Lo encuentro intrusivo, un poco egocéntrico. Si mi paciente me dice "Creo que estás aburrída", esa es otra historia, entonces yo le diré: "Sí, lo estoy" o no lo sé, depende, pero ciertamente le diré: "¿Qué estoy haciendo para que pienses que estoy aburrída? De dónde viene esto, vamos a entenderlo", pero no voy a la posición interpersonal radical, también la posición de Irwin Hoffman de auto-revelación radical, no creo en ello. Creo que es enormemente problemático y de esa manera creo que me mantengo con un pie en el objeto relacional Winnicottiano o incluso en el mundo freudiano contemporáneo un poco. Quiero pensar mucho antes de usar mi subjetividad explícitamente; teóricamente estoy 100% en el campo relacional, creo que siempre está ahí.

Carlos Rodríguez Sutil: ¿Qué autor nos recomienda o nos aconseja que leamos de los freudianos contemporáneos?

J. S.: No he leído a nadie que me inspire. Encuentro la escritura rígida y no hay nada, no he

leído nada que me parezca maravilloso. Me gusta Stan Coen, no puedo darle un artículo en particular, pero es probable que esté relacionado con el hecho de que está casado con Ruth Imber, que es Interpersonal, así que cuando hablamos yo digo: "Stan, ¿por qué eres freudiano? Y dice que es "porque me he formado como freudiano", pero creo que en muchos aspectos trabaja de forma similar a como trabaja la gente como yo.



A.A.: Gran parte de su trabajo se ha centrado en la ruptura de los límites y Carlos se interesa por si vd. cree que la ruptura de límites entre analista y paciente es un problema más serio ahora que en los tiempos de los inicios con el conocido ejemplo de Jung.

J.S.: Ya sabéis que no soy estadística, así que no tengo los datos, pero no lo creo. Creo que, en todo caso, estamos hablando de la transmisión intergeneracional de las violaciones de las fronteras. Creo que Freud probablemente no violaba los límites sexuales, pero yo creo que casi todos los demás lo hicieron: Jung, Fromm, Fromm-Reichman, Sullivan, Winnicott, Ferenczi, ¿quién no lo hizo?; es una lista corta. Todos lo hicieron. De hecho, di una de estas conferencias sobre la transgresión de límites en el Instituto White y Mark Blechner, a quien veo todos los días cuando llevo a mi nieto a la guardería, dice "mira la pared" porque tienen muchas fotografías como éstas en la pared, pero más grandes, dice, "no hay una sola fotografía allá arriba en la que la persona no haya cometido transgresión de límites sexuales, cada uno lo hizo". Se podría decir que es sorprendente; o que es nuestro legado. Crecimos en

ello, y de alguna manera no es sorprendente. Nos encerramos en una habitación en la que nadie puede entrar durante 45-50 minutos cada vez con alguien, a lo largo del tiempo. Es enormemente seductor, y hablamos de todo, hablamos de sexo, hablamos de cuerpos, hablamos de sentimientos, así que no creo que sea un problema mayor ahora. Y para anticipar la pregunta "¿Si creo que haya sido más problemático con los freudianos?" No lo creo, y ¿si creo que podría ser más bien un problema con los relacionales y los interpersonales? No estoy segura de que lo sea, pero creo que podría ser porque no tenemos ciertas prohibiciones, no nos prohibimos decir cosas como, bueno, como expresó Jodie Davies "me siento atraída por ti". ¿Esto es una seducción verbal? O se trata de crear un espacio que protege de la seducción porque el lenguaje está ahí en ausencia de acción. Se podría argumentar esto en ambos sentidos, no sé tú, pero yo podría.

C. R. S.: Eso dependerá de lo que pase después.

J. S.: Y lo que hacemos con lo que sucede después. ¿Cuántos de nosotros nunca hemos sentido la tentación? ¿Cuántos de nosotros nunca hemos tenido la fantasía? Creo que casi nadie. Tal vez alguien que sea monja. Es increíblemente.... sabes que tienes un paciente que es atractivo y lo que sea, una combinación de atracción física y emocional que es tan increíblemente atractivo. Creo que de alguna manera la pregunta debería ser por qué no sucede más de lo que sucede. Pero pasa a menudo.

A.A.: Le expreso una pregunta de Rosario Castaño: ¿Consideras que la teoría relacional favorece más la vulnerabilidad del analista? ¿Está el psicoterapeuta relacional más expuesto y, por lo tanto, debe estar más atento/vigilante?

J. S.: Definitivamente más expuesto, no sé si más vigilante; creo que podría ser al revés. Estamos expuestos porque privilegiamos el papel de nuestra subjetividad - es lo que hace que el trabajo funcione, así que somos definitivamente más vulnerables. ¿Eso nos hace más vigilantes? Tal vez sí, tal vez no. Tal vez vaya en el sentido contrario. Ayer mismo estaba viendo a una mujer que tuvo un análisis muy largo con una amiga mía que murió, y luego fue a ver a otro analista que era una persona muy, muy conocida y respetada, alguien que ni en un millón de años se consideraría como alguien que traspasa los límites. Y que nunca violaría los límites sexuales, de ninguna manera. Pero dejó que su subjetividad entrara en la habitación de una manera que creo que un freudiano no lo haría, como básicamente, le dijo: "Oh, ¿estás haciendo eso? ¿Por qué haces eso? Yo podría hacerlo mejor." ¿Quién le dice eso a un paciente? Es dejar entrar su competitividad entrar en la habitación sin procesar. Incluso decir: "Cuando dices esto evocas sentimientos de competitividad en mí, ¿qué opinas de eso?". Bueno, yo no haría eso, pero está bien, está bien, se puede trabajar con eso. ¿Pero decirle a un paciente: "Yo podría hacer esto mejor que tú"? Si eres freudiano nunca dirías eso porque

está en la lista de "No harás", sabes que es uno de los *Diez Mandamientos*; "No harás..." expresar la contratransferencia directamente al paciente. Así que (nosotros) estamos en el otro lado, "Tú deberás" usar la contratransferencia con el paciente. A menudo para bien, pero luego la cuestión de *cómo* desenmarañar el papel de nuestro propio interés, del papel de nuestro deseo de profundizar el trabajo abriendo el elemento intersubjetivo. No creo que haya una respuesta y creo que invita - no voy a decir a las trasgresiones de límites, pero invita a los deslices.

Un desliz significa un movimiento que se aleja de lo que uno cree, y que no es dramático, sino que simplemente – alejarse lentamente - no tengo que darles el cambio correcto, puedo darles 50 centavos menos, no importa. Y la próxima vez un dólar y la próxima vez, ya sabes. Así, por incrementos, pequeños incrementos, perdemos el sentido de lo que significa ser un analista.

C. R. S.: Desviarse.

J. S.: Sí, desviarse, y lentamente, no dramáticamente, de esta manera.

S. T.: En su artículo "No se lo digas a nadie" sobre las transgresiones de los límites sexuales, señala que la mayoría de estas transgresiones suelen tener lugar dentro de la constelación de los analistas masculinos y las pacientes femeninas. También se refiere al artículo de Muriel Dimen "Lapsus linguae, o un desliz de la lengua. Una transgresión sexual en un tratamiento analítico y sus consecuencias personales y teóricas". Nos gustaría saber un poco más sobre su enfoque de la perspectiva de género, si la tiene en cuenta o cómo la incluye (si lo hace) en su trabajo/práctica clínica.

J. S.: Leí esto justo antes de venir aquí y me di cuenta de que no entendía lo que me estabas preguntando porque estás haciendo un vínculo entre la transgresión de los límites sexuales y la práctica clínica, pero no estoy segura exactamente de lo que estás tratando de averiguar.

S. T.: Sobre el hecho de que en su artículo usted dice que generalmente es un analista masculino el que abusa de las pacientes femeninas, así que estaba pensando en incluir lo que el género tiene que ver con ese hecho.

J. S.: Entonces me pregunta, ¿qué tiene que ver el género con ese hecho?

S.T.: O si al incluir la perspectiva de género, también estabas hablando de la teoría feminista, así que, en esa línea, ¿cómo incluye la perspectiva feminista en tu clínica?

J. S.: Ok, déjame empezar por el principio. No siempre es cierto que la transgresión de los límites sexuales se cometan por analistas de sexo masculino con pacientes de sexo femenino. Conozco de primera mano a una analista femenina, un par de pacientes masculinos y, por

supuesto, hay pares gays en ambos lados, así que no es 100%. Pero ciertamente lo es estadísticamente, lo sabemos tal como es en el mundo. No hay muchos hombres en el movimiento #metoo, diciendo que las mujeres han abusado de ellos, pero hay algunos, no es que no haya ninguno. ¿Cómo influye eso en mi trabajo? Tengo que apartarme un poco de esto y decir que supongo que el hilo conductor que me resulta más obvio es que, en general, con algunas excepciones, por supuesto, las mujeres todavía en 2018 -lo que me sorprende-, tienen miedo de afirmar su propia agencia para asumir un papel menos vacilante en una serie de cosas y me doy cuenta de que es un tema con el que trato de trabajar. Así que todo el tema de la autoridad femenina, el derecho de las mujeres a hacer las cosas, la forma en que mis pacientes, de nuevo ayer, literalmente, una paciente mía dijo: "Ok, me hiciste solicitar el puesto de para ser Director del instituto y me aceptaron, nunca lo habría hecho sin ti". Pero, no hice mucho, realmente no hice mucho, pero le dije: "¿Por qué no está solicitando esto?". Me dijo que estaba pensando en ello, aunque dijo "nunca me lo darán, nunca me lo darán". Es una especie de hilo, es tan viejo, estaba ahí cuando yo era niña y no ha cambiado, no sé si ha cambiado en España, no ha cambiado en Estados Unidos, sigue ahí, las mujeres dudan a la hora de buscar puestos de autoridad, dudan en tomar posturas autoritarias sobre las cosas y yo soy muy, muy consciente de ello. Creo que esa es probablemente la principal manera en que soy consciente del grado en que las mujeres todavía subyugan su subjetividad, subyugan sus deseos, y creo que es algo deprimente. Me parece bastante deprimente que estemos en 2018 y que sigamos tratando con tonterías y ahora con este maníaco que es nuestro Presidente, que eleva el valor del abuso sexual a un ideal, empeora, no mejora.

C. R. S.: La terapia telefónica o por videoconferencia ha traído nuevas posibilidades para que el terapeuta cometa faltas menores. Pero el terapeuta no necesita mirar revistas. El analista, sin más preámbulos, puede estar pensando en otra cosa. ¿Cree usted que esto es evitable y, hasta qué punto?

J. S.: En primer lugar, podemos cometer faltas menores cuando estamos sentados con pacientes, no necesitamos Skype, podemos estar allí sentados pensando en la pelea que tuvimos con nuestro esposo, esposa, padres, lo que sea, no escuchando al paciente. Cuando el paciente está en el sofá, podemos hacer la lista de la compra, así que no es como si la video-terapia fuera única en este sentido. Pero invita más a ello. No lo he podido analizar por completo aun – por cierto no podemos hacer Skype, Skype incumple la norma completamente en los EE.UU. no se puede hacer - pero se puede hacer Face-Time, o lo que sea. Cuando estoy en el ordenador no sé cómo apagar las notificaciones, así que si mi hija, como hace unas 15 veces al día, me manda un mensaje de texto para decirme: "¿Puedes hacer de niñera a las 6 de la tarde esta noche?". Aquí estoy hablando con un paciente y aquí está esta cosa, así que, aunque no responda, ahí está, irrumpe en mi concentración. Tengo un

amigo que es un fanático de los deportes y mantiene un marcador, corriendo en la parte superior de su ordenador, así que no está haciendo nada, pero está ahí, así que hay un cierto grado de atención dividida. ¿Creo que es evitable? Bueno, creo que no podemos leer revistas, no podemos leer el marcador, no podemos responder al mensaje de texto, pero creo que como fenómeno también hay una especie de ideal poco realista que tenemos que afrontar y es que no podemos prestar atención al cien por cien a todos los pacientes durante todo el día. No creo que podamos, y creo que en realidad la solución está fuera de la sala de consulta. No podemos hacer lo que muchos de nosotros hacemos, es decir, empezar a la hora que sea, y trabajar todo el día sin comer, sin tomar un café con un amigo o un colega, sin hacer ejercicio, sin dar un paseo por el museo o lo que sea que nos dé la sensación de que estamos recuperando algo para nosotros mismos. Nos exponemos a esto cuando actuamos como si no tuviéramos ego, ni deseos que no estén en consonancia con nuestros pacientes. Pero creo que la videoconferencia está aquí para quedarse.

C. R. S.: Consideramos que a menudo es difícil diferenciar la falta de atención de la llamada "atención flotante" o, incluso, de lo contrario. ¿Qué puede decirnos sobre esto?

J. S.: Creo que has respondido a tu propia pregunta; es muy difícil de distinguir. Podemos fingir en cualquier dirección, podemos fingir que estamos prestando atención cuando no lo estamos. Pero, al contrario, la mayoría de nosotros nos tomamos muy en serio lo que hacemos y no estamos haciendo ganchillo. Así que cuando perdemos nuestra concentración, si nos distraemos, o hacemos la lista de la compra. O como ayer cuando estaba sentada con un paciente y de repente recordé que no había empaquetado mis bastones de senderismo. Me vino a la mente. Ok, tengo que recordar eso porque estaré muy molesta si no los cojo, y luego se me fue de nuevo porque básicamente estoy comprometida a hacer el trabajo con el paciente. Entonces, ¿podemos permitirnos eso? ¿Podemos decir "Ok, así que durante 15 segundos mi mente se distrajo y pensé en otra cosa" y ¿eso es humano? Creo que si no permitimos eso, ese algo humano, entonces nos vamos a meter en el asunto del compromiso. Y luego otra viñeta muy real, de la misma paciente que habló sobre su analista diciendo "¿por qué haces eso cuando yo puedo hacerlo mejor?". Ella dijo que él se levantaba en las sesiones, de vez en cuando, y se acercaba a su ordenador. Y ella le preguntó: "¿Qué estás haciendo?" y él le dijo: "Se me ocurrió algo que tengo que buscar". Para mí esto es muy sorprendente. Esto simplemente no se hace. Si quieres buscar algo en el ordenador en el peor de los casos, escribe una nota, una nota de una palabra, y lo haces después. No se hace durante la sesión de un paciente. Otro paciente que me dijeron que su último terapeuta escribía sus facturas durante la sesión y para mí estas cosas son inaceptables, no tan malas como acostarse con los pacientes, pero son bastante malas. Pero creo que la gente hace este tipo de cosas cuando no se permiten el pequeño desliz que es normal y no se permiten áreas de placer personal que

le permitan navegar por Internet, o lo que sea que quieran hacer, fuera del espacio protegido de la situación de tratamiento.

Ariel Liberman: ¿Qué opinas de que se nos venga a la mente algo así? ¿Estás familiarizada con el trabajo de Thomas Ogden "El Tercero Analítico"? Cuando él - porque una de las cosas que podemos hacer con todas estas intrusiones es reflexionar sobre ellas y por lo tanto transformar estas experiencias, incluso aquellas más prosaicas, como por ejemplo, "Olvidé algo para el viaje", en algo que puede ayudarnos. Entender el significado de la contratransferencia y el tipo de uso que tiene. ¿Qué piensas de esto?

J. S.: Creo que es una idea extremadamente importante, y creo que a menudo es verdad, noten que Ogden nunca, nunca, hasta donde yo sé, le dijo a un paciente, "ahora mismo estoy pensando en ir a mi garaje, y está cerrado con llave y no puedo entrar en mi coche". Pero la idea teórica de que esas asociaciones narcisistas están emergiendo del tercero analítico, creo que es una idea brillante y realmente interesante y creo que probablemente es cierto el 75% de las veces. Y creo que el otro 25% de las veces no es verdad. El otro 25% de las veces, es realmente narcisista. Es realmente como.... tal vez el tiempo - empezó a llover; lo que pasó fue que ayer tuvimos una gran tormenta y veo la lluvia y pienso: "va a llover en Francia, siempre está lloviendo en las montañas, no puedo caminar sin bastones porque me voy a matar". Así que, podríamos culpar a la lluvia, yo culpo a la lluvia más de lo que culpo a mi paciente; si es que hay un elemento intersubjetivo, no se cual es: Podría estar equivocada, podría no saberlo, pero no creo que siempre esté ahí más de lo que creo que nunca está ahí. Así que creo que tenemos que hacer una pregunta, "hasta qué punto esta asociación narcisista mía está informada por lo que está pasando entre mi paciente y yo". Si lo es, aunque sea un poquito, tengo que tratar eso y luego averiguar cómo traerlo a la habitación. También es posible que no lo sea, y tengo que dejar espacio para esa posibilidad, de lo contrario creo - y aquí es donde estoy tan en desacuerdo con Darlene (Ehrenberg)- de que se le echa toda la culpa al paciente: Si *me* aburro, estás haciendo algo para que me aburra.

A. L.: Esa es la manera clásica de pensar - este no es el pensamiento de Ogden.

J. S.: No, no, esto es Arenburg, pero no es un clásico, es un interpersonal, ¿verdad?

A.L.: Es como si todo significara algo.

J.S.: Sí, sólo puedo pensar en una palabra en yiddish que nadie va a entender aquí - tal vez "narrischkeit" - ¿sabes lo que es narrischkeit? No sé cómo traducirlo, significa tontería.

María Hernández: Usted explica los muchos matices de la función de "holding" y pide otro término - ¿qué otra palabra cree que representaría mejor las ideas que hay detrás de ello? De hecho, "holding" no se traduce bien al español, sino que es una mezcla de contención y

"sostén". ¿Quizás sean necesarios varios términos?

J.S.: Es una palabra problemática porque es una palabra concreta, y Winnicott la tomó obviamente, como una madre sosteniendo al bebé. Cuando lo piensas metafóricamente empieza a parecerse a la contención de Bion; el problema es que la contención de Bion es un concepto bioniano que tiene sus propios problemas y nos lleva por un camino teórico diferente, así que en realidad terminé un artículo mío diciendo: "¿Puede alguien inventar otra palabra por favor? Porque en realidad no tengo una buena palabra; sólo puedo darte una explicación muy larga. Creo que el concepto de holding tiene diferentes elementos que no se traducen fácilmente en una sola palabra. Sostener significa privilegiar la experiencia objetiva del paciente más que desafiarla. De modo que, en lugar de decir, sabes que "dices que estás herido, pero creo que estás realmente enfadado". Por ejemplo, uno podría decir: "Cuéntame más acerca de cómo estás herido, ¿qué está haciendo esta persona para herirte? Por lo tanto, permanecer dentro del propio marco subjetivo del paciente y, en la medida de lo posible -lo que nunca será del todo porque nuestra subjetividad es omnipresente y no te puedes liberar de ella-, sin introducir lo que se experimentaría como perjudicial para ello. Así que un paciente dice, "estás enfadada conmigo". En algunas circunstancias podría decir, "En realidad no estoy enfadada contigo". "¿Qué te hace pensar que estoy enfadada contigo?" Si estoy trabajando dentro de este marco de sostén, no lo haría porque justo ahí estoy frenando la experiencia que el paciente tiene conmigo. Diría: "¿Por qué estoy enfadada?" "¿Cómo puedo estar enfadada?" "¿Qué se siente al estar enfadada?" Así que me quedaría dentro del marco subjetivo del paciente y tal vez haría uniones, interpretaciones incluso, pero no contradiría o interrumpiría la experiencia emocional esencial. Y la idea detrás de esto es que al trabajar de esa manera el paciente tiene más espacio para desempaquetar y elaborar su propia experiencia interior en ausencia de la presión para adaptarse o cumplir con la respuesta del otro. ¿Entiendes lo que digo? Así que la contención está mal y parte de la contención de Bion se trata de lo que el analista hace para metabolizar y reintroducir los estados afectivos, así que no estoy hablando de eso, estoy hablando de una manera de crear un amortiguador, una especie de amortiguador emocional que permite que el paciente se quede donde está. El otro día tuve una paciente, le pasó algo terrible, es analista, está muy, muy bien estructurada y es competente. Se levanta, no se siente bien, tiene un ataque de vómitos y luego pierde la memoria. Y lo siguiente que sabe es que está en el hospital. Y no puede recuperar el recuerdo de lo que pasó, está en blanco. Y es aterrador para ella, le hicieron una resonancia magnética, y le hicieron esto, y lo otro, y descartaron un derrame cerebral, y descartaron un aneurisma, y no saben lo que es. Y está en un estado de pánico total de que va a perder la cabeza y no va a poder trabajar. Ella no sabía nada, lo único que recuerda es que dijo "Tengo que ir al hospital". Así que me habló de esto y básicamente le dije de cien maneras diferentes "eso

suenan aterrador". Eso fue más o menos lo que hice. Y al día siguiente me dijo: "Fuiste la única persona que no intentó diagnosticarlo; decirme que era una migraña atípica; o era esto o aquello, o decirme que no tenía que preocuparme". Y fue un gran alivio. Así que yo llamaría a eso, ni siquiera lo pensé, me pareció natural - creo que la mayoría de nosotros lo haríamos - simplemente no es el momento de entrar, es una crisis, pero eso es sostener (hold) porque lo que se está haciendo es seguir con la experiencia del paciente y no tratar de transformarlo. En otra situación si lo haríamos. Le decíamos: "Escucha, no tienes que estar tan asustada". Otro paciente mío, sólo para que sepáis que no siempre lo hago, la semana pasada me envió este texto lleno de pánico "Tengo sangrado rectal - el sangrado rectal es predictivo del cáncer de colon". Le envié un correo electrónico de dos líneas, "No seas tonta" - esa era la línea uno. Y la línea 2 era "10% (lo encontré en internet) de la hemorragia rectal está asociada al cáncer de colon". 10%. No más. Así que simplemente me eché atrás, introduje la realidad y rechazé completamente la validez de su experiencia, y ella me contestó diciendo: "Ok, ok". Entonces, ¿cómo sabemos cuándo sostener, cuándo no sostener, cuándo introducir la realidad? No tenemos un plan para esto - su intuición clínica.

M. H.: ¿Cree usted que un joven analista principiante puede "sostener" a un cliente/paciente con mucha más experiencia?

J. S.: Creo que esta es una de las pocas profesiones en las que seguimos mejorando a medida que envejecemos. (Risas). Y no hay nadie aquí – quizás tu discutirías esto un poco.

Sin embargo, creo que Winnicott dijo algo realmente brillante sobre las madres jóvenes, cómo a veces las nuevas madres son mejores madres que las madres de muchos niños porque son demasiado nuevas para saber lo que está pasando y por lo tanto tienen que esperar a que el niño haga el gesto espontáneo. Creo que es una idea maravillosa, es una idea maravillosa, creo que es verdad y el peligro para nosotros es que a medida que nos volvemos muy buenos en esto, a veces vamos demasiado rápido. Tal vez no en lo que hacemos, sino en lo que sabemos. Es tan obvio, sabes, y en ese sentido el peligro es que no lo retrasemos lo suficiente como para permitir que nuestro paciente encuentre su propia verdad, su propio significado. Así que se podía discutir de ambas maneras, pero si yo tuviera un hijo al que fuera a enviar a terapia, le enviaría a alguien mayor. Risas.

R. C.: Me gustaría que desarrollara la idea de que las faltas del analista podrían ser un intento de negociación del analista consigo mismo, una forma de tratar de encontrar un cierto equilibrio en el ideal analítico.

J. S.: Creo que es una gran idea. Habla de alguna manera de la rebelión, a nuestra propia rebelión tal vez inconsciente, "No seré tan bueno". Tiene que haber sitio para mí en algún sitio. En realidad, creo que es saludable; creo que no es saludable cuando hay cosas como ir

al ordenador en una sesión, este tipo de cosas, no están bien y punto, sin discusión. Pero creo que la idea de que podemos ser perfectos, que podemos ser perfectamente sensibles, perfectamente sabios, perfectamente empáticos, creo que es un ideal realmente problemático. Nos prepara para el fracaso, nos prepara para la rebelión y luego luchamos con nosotros mismos por ello.

R.C.: Esto realmente cubre la siguiente pregunta.

J. S.: ¿Cuál es la siguiente pregunta?

R.C.: Vivimos un tiempo de constante "rebelión" ante cualquier tipo de autoridad, presión, tensión, etcétera, en las redes sociales todo el mundo puede mostrar sus ilusiones, expectativas, tensiones/estrés, sus transgresiones, pero también en los actos de la vida cotidiana... y ¿por qué no? En la clínica, ¿podríamos plantear una falta analítica como una forma de rebelión/transgresión a la sumisión del paciente?

J. S.: En otras palabras, ¿cómo una forma de negarse a someterse? Sí, así que voy a darte un ejemplo muy sincero. Este viaje para venir aquí empezó con, voy el jueves y me vuelvo a casa el domingo. Porque en Nueva York no se toman vacaciones en junio, simplemente no se toman. Yo doy clases el jueves, así que no podía irme hasta después dar la clase. Y tengo dos hijos en Europa, uno en Londres y otro en Francia, aunque está en Italia este año. Voy a estar en España, así que ¿realmente voy a volver a Nueva York y no ver a mis hijos? Eso es una locura. Vale, me quedará dos días y me iré a Londres. Pero entonces no veré al otro hijo, y es demasiado corto, y tengo nietos en ambos lugares y quiero ver a los bebés. Vale, me quedará un poco más. Me quedará una semana. Y entonces esta parte de mí se dijo a mí mismo, "te estás dejando controlar por tu ansiedad sobre cómo se van a sentir tus pacientes cuando te vayas de vacaciones en junio". Esto es ridículo. Tienes 68 años, toma vacaciones cuando quieras tomar vacaciones. Es como "te aguantas". ¿Qué voy a esperar, hasta que tenga 90 años? Ya sabes, y así lo hice, y el mundo no se acabó, hasta ahora.... (Risas) Bueno, me lo van a devolver, pero también lo harían si me voy en agosto. Pero lo que creo que es interesante es que fue una lucha. Y la lucha tenía que ver con mis pacientes y el sentimiento de "no puedo irme". Es como "no tomarás vacaciones en junio". Es como una cosa prescriptiva, no sé si es así en España, pero no es época de vacaciones. Las vacaciones en Europa comienzan el 15 o 14 de julio o algo que no sea junio, y en los EE.UU. es agosto, no es julio. Así que es una lucha interna, ¿qué se me permite a mí? Y entonces no, no seré controlada, no puedo permitir que me controlen. Los terapeutas jóvenes pueden ser controlados, están demasiado ansiosos por la posibilidad de perder sus prácticas, están demasiado ansiosos por si los pacientes les dejan y también hay más sentido de responsabilidad por algo que aún no está integrado. Pero llegas a un punto en tu carrera, ojalá hubiera llegado más joven, y creo que sí, es una especie de

rebelión. Pero creo que es saludable. Creo que realmente significa decir: "Bien, soy analista, estoy comprometida a hacer este trabajo, me preocupo por mis pacientes y soy un ser humano". Y una abuela, y una madre y quiero tener eso también en mi vida, sin que eso signifique que fracase como analista. Pero no lo hemos prescrito ni nos hemos formado de esa manera. No enseñamos a los candidatos a pensar en eso. Y creo que es un problema, creo que tenemos que hacerlo, tenemos que hablar con ellos sobre los cuidados hacia uno mismo.

R.C.: Para Winnicott, una buena madre y unos buenos padres y un hogar suficientemente bueno, de hecho, dan a la mayoría de los bebés y niños pequeños la experiencia de no haber sido nunca decepcionados de manera significativa. De esta manera, los niños medios tienen la oportunidad de desarrollar la capacidad de creer en sí mismos y en el mundo. Habla siempre de un entorno suficientemente bueno, no perfecto... Quiero relacionarlo con lo que escribes: "Tiene cierta ironía/paradoja que para ser buenos analistas debemos estar siempre presentes en la relación. Ser un buen analista (según el concepto Winnicottiano) implica estar presente, sostener y negociar con el paciente, pero todos sabemos que esto implica subjetividad, de una u otra manera) y la subjetividad implica vulnerabilidad, imperfección, errores, carencias... ¿Podemos transmitir esta ironía/paradoja al terapeuta en formación?

J. S.: Solo voy a corregir la primera frase: la madre de Winnicott es suficientemente buena y los padres son suficientemente buenos y el hogar es suficientemente bueno como de hecho dan a la mayoría de los bebés y niños pequeños la experiencia de no tener (no se trata del idioma, es que en realidad no estoy de acuerdo). Dices, "les da la experiencia de no haber sido nunca decepcionados de manera significativa." No creo que eso sea lo que él pensaba. Creo que lo que él pensaba era que estaban decepcionados, pero no traumáticamente, creo que eso es lo que él quería decir con "suficientemente buenos" - no es que nunca los decepcionen. Son defraudados, pero son defraudados de forma que puede ser metabolizado. Creo que esto es importante, sino volvamos al ideal como padres también, de ser esos padres perfectos que nunca defraudamos a nuestros hijos en la vida - ¡buena suerte con eso!

"De esta manera, los niños medios tienen la oportunidad de desarrollar la capacidad de creer en sí mismos y en el mundo. Habla siempre de un entorno suficientemente bueno, no perfecto..." El problema con el entorno suficientemente bueno de Winnicott es que en realidad es bastante perfecto. Realmente lo es, porque lo que él dice es que "la madre no le falla al bebé hasta que el bebé está listo soportar la falla". ¿De verdad? De nuevo, te deseo buena suerte con eso.

A.L.: Pero (Winnicott) dijo que la madre no falla de manera sistemática, por supuesto - esta es una buena diferencia, no es que ella no falle.

J.S.: Pero a veces fracasa en el momento equivocado. No es sistemático, así que creo que es

esa duplicidad. Que hay espacio para que me vaya de vacaciones en junio, siempre y cuando al regresar esté realmente allí. Así que hay una falla real, y luego hay una reparación. Quiero vincularlo con lo escrito en "You meeting me", "hay una cierta paradoja irónica que hace que seamos buenos analistas y que debamos estar siempre presentes en la relación". No siempre podemos estar presentes en la relación. A veces no lo estamos, ya sabes, estamos sentados con un paciente y justo antes de que llegara el paciente, alguien llamó para decir que tu mejor amigo murió. No estás en sesión, no lo estás. Eso no es posible. Puedes intentarlo, pero no lo estás, esto sólo es humano. "Ser un analista suficientemente bueno según Winnicott implica estar presente sosteniendo y negociando con el paciente" - yo diría que Winnicott no creía en la negociación, aquí estás añadiendo lo relacional. *Nosotros* creemos en la negociación con los pacientes, Winnicott creía en el sostén (holding), no en la negociación. Toda esta idea no estaba ahí aun, quiero decir, recuerda que él murió en el '71, así que la noción de negociación que es como la de Stuart Pizer, la idea de que podemos decir "de acuerdo, llegaré hasta aquí pero no hasta allí", y el paciente dice "bueno, pero quiero que llegues hasta allí", esto es lo que nosotros hacemos. Esa es una idea que surgió de la mentalidad post-freudiana y Winnicott no la tenía. Él decidía las cosas, decidía "Voy a hacer esto por ti porque lo necesitas", "Voy a darte leche, voy a darte un abrazo", pero no era una negociación, porque nunca articulaba lo que sentía al respecto. Su subjetividad no estaba en ello, todo tenía que ver con el paciente, por eso no importaba lo que dijeras y no importaba cuánto amaras a Winnicott, él no era un relacional, - tenía un pie, y tal vez dos dedos en el mundo relacional, pero no estaba completamente allí todavía. No podía ser, toda esta noción de la subjetividad del analista, toda esa cosa feminista, nada de eso estaba ahí cuando escribió, era una suficientemente buena - es decir, muy, muy, muy buena presencia parental idealizada.

"Pero todos sabemos que esto implica subjetividad de una u otra manera, y la subjetividad implica vulnerabilidad e imperfecciones, errores, carencias...", absolutamente cierto.

"¿Podemos transmitir esta paradoja a los terapeutas en formación?" Creo que es una gran pregunta y les voy a decir lo que pienso, que creo que no es popular. Lo que pienso es que cuando formamos a los candidatos -jóvenes, no personas que vienen ya sabiendo cómo hacer el trabajo- tenemos que empezar por enseñarles la técnica clásica, tenemos que empezar por hacerles saber lo que significa ser un analista clásico, escuchar, dirigirse a la transferencia, interpretar, llevar la contra-transferencia propia a sus analistas. Realmente siento que sin esto como base, los candidatos no entienden lo que están haciendo cuando introducen su subjetividad, y las cosas que hacen a veces me pone los pelos de punta, porque no es reflexivo. Creo que al principio los candidatos son demasiado vulnerables, demasiado inseguros, indecisos, para saber cómo usar su subjetividad de manera útil. Así que cuando tengo a

alguien nuevo, trato de ayudarles a que me traigan la subjetividad y su vulnerabilidad, y de hacer que el paciente hable de lo que el paciente experimenta sobre ellos, pero no de hacer muchas auto-revelaciones. Me parece que para poder hacerlo hay que tener un centro más sólido analíticamente, y no lo veo en los candidatos principiantes. Quiero decir, en personas excepcionales, claro, pero como regla general preferiría ver a la gente más del lado de hacer eso menos hasta que sepan lo que están haciendo. Creo que existe el análisis "a lo loco" y no creo que sea algo bueno. Creo que es mejor ser cauteloso porque no puedes retractarte, siempre puedes decir más. El paciente dice "Creo que estás enfadado" y tú dices: "Bueno, ¿qué te hace pensar que estoy enfadado?" No tiene por qué ser, lo que diríamos una pregunta de doble sentido freudiana - podría ser una pregunta genuina, "¿Qué estoy haciendo para hacerte creer que estoy enfadado?" Entonces podrías decir: "Sabes que en realidad si hay algo; me molestó que dijeras esto o aquello". Pero si entras de esa manera, otro camino se puede cerrar. Por lo tanto he estado trabajando hacia esto - en NYU tenemos diferentes líneas en NYU, tenemos la Freudiana, la Relacional, la Independiente y la Interpersonal, y no son rígidas, se puede tomar cursos en lo que se quiera, pero cada uno tiene su propio tipo de trayectoria de curso y estoy presionando mucho para que todos los candidatos tengan que comenzar su formación tomando una secuencia de Freud, una secuencia interpersonal, una secuencia de relaciones de objeto, antes de que hablen sobre el Freudiano contemporáneo, Relacional contemporáneo, o trabajo Interpersonal contemporáneo. Quiero que sepan de dónde vienen y creo que es muy importante. No sé que pensáis aquí, no sé si esto es lo que haces aquí, o no.

A.A.: Estamos acabando nuestro tiempo, pero hay una pregunta de Sandra

S.T.: En la conferencia internacional de IARPP del año pasado en Sydney, usted participó en la última sesión plenaria sobre "El envejecimiento y sus vicisitudes", ¿podría darnos un resumen de sus principales ideas al respecto?

J. S.: Bueno, quieres que resuma el trabajo que di.

S.T.: Sí, algunas ideas.

J. S.: Ok. Creo que como sociedad no hemos abordado el envejecimiento, como profesión no lo hemos abordado, y no lo hemos hecho de muchas maneras diferentes. No hemos mirado la pregunta, ¿qué significa envejecer en esta profesión? ¿Cómo voy a saber cuándo es el momento de retirarme? ¿Cuál es el impacto del envejecimiento en mi capacidad para funcionar como analista? ¿Está mi atención comprometida? ¿Me fatigo demasiado al final del



día? Cosas concretas como esas, pero también ¿qué pasa con la posibilidad de que me vaya a morir? Ahora, uno podría discutir, ya conocéis la historia (de la muerte) de Jeremy Safran.

Todo el mundo - sí

J.S. : Una tragedia indescriptible y eso no tiene nada que ver con ser viejo, ¿verdad? Así que no es como si sólo murieran ancianos, pero hay una manera en que toda este área no está en la habitación. Mi mejor amiga estaba en análisis, con alguien llamada Doris Berstein; era freudiana. Doris tuvo cáncer de pulmón; Doris siguió viendo a sus pacientes; al final le trajeron una cama de hospital a su habitación porque no podía sentarse; nunca habló de estar enferma. Y en ese mundo los pacientes nunca decían una palabra, sabían que estaba prohibido. Así que ella murió y nadie sabía... que no es que nadie lo supiera - todos lo sabían, ¡No se podía no saber! Y ya sabéis cómo se te oye cuando tienes cáncer de pulmón.

A. L.: Es una característica aquí también entre algunas personas de la tradición clásica, pero no sólo en, ya sabes lo que quiero decir, no es sólo en la clásica, nadie habla de ello.

J. S.: Sí, no creo que tenga nada que ver con la teoría, creo que esto está libre de teoría, se trata del hecho de que no podemos con la muerte, simplemente no podemos con ella.

Todo el mundo - sí

J. S.: Y tenemos que poder con ello. También significa que no pensamos en cosas en las que tenemos que pensar como la jubilación, como ahorrar dinero, ¿verdad? Es sorprendente que los analistas no ahorran dinero para jubilarse. Realmente no, así que no podemos dejar de

trabajar. ¿Verdad? ¡Yo también! No puedo dejar de trabajar. Mis amigos abogados sólo piensan en "el día que pueda salir de esta oficina", porque odian lo que hacen. Es la peor profesión. Hay mucho, mucho más, en términos de la dinámica y de lo que sucede en la habitación, de lo que sucede; comienzo el trabajo diciendo, "mis pacientes ya no tienen transferencias eróticas conmigo". Es una herida narcisista, realmente lo es, ya sabes, como "y yo quién soy, ¿picadillo?"

Todos - risas

J.S.: Cuando eres joven, a veces sientes que tienes que sentarte de cierto modo porque los pacientes son como... hay demasiada sexualidad en la habitación, y luego de repente un día ya no está.

Todos – risas

A. L. Con la última pregunta volvemos a la primera parte de la idea de la entrevista, porque es una pregunta sobre su artículo sobre el ritual de luto Shiv'ah¹ que me gustó mucho. Usted toma el concepto de sostener y dice que el detonante de este documento fue la muerte de su padre primero, y muchos años. ¿Qué opinas de esta tradición, tal vez de la relación de esta con el psicoanálisis? Esto es parte de la pregunta y la otra parte es: ¿qué piensas sobre la tradición y el impacto del Self en el proceso psicológico?

J. S.: Bueno, asumiría que la mayoría de los analistas en España no son judíos, ¿verdad?

A. L.: Tal vez

A.A.: La mayoría no lo son.

J. S.: En California, la mayoría no lo son. En Nueva York, la mayoría lo son. Entonces, ¿qué puedo decir? Quiero decir, ciertamente había toda una serie de documentos sobre el psicoanálisis como profesión judía, que se remonta muchos años. No sé lo que pienso al respecto, pero me interesaría saber lo que piensas tú al respecto. No lo sé. Y tengo una amiga que es italiana, se llama María Luisa Trípoli, es muy católica, creció en Sicilia y leyó mi trabajo de Shiv'ah y me dijo: "Hacemos -hemos hecho- las mismas cosas que tú haces". Nuestra Shiv'ah en Sicilia era la misma que tu Shiv'ah judío en Nueva York". La verdad es que es sorprendentemente lo mismo, siete días, cubrir los espejos, todas estas cosas, así que tal vez sólo estoy escogiendo un ejemplo particular de algo que de hecho está culturalmente arraigado en las tradiciones religiosas. De hecho, eso espero, porque de lo contrario es como si sólo los judíos tuvieran un....

A. L.: No, no, no quiero decir que esto sea sólo judío. Pero tú porque eres, tu experiencia, tomas esta experiencia como una forma de pensar sobre algo que es más general, creo que

sí, por supuesto que lo entiendo. La tradición y los elementos culturales que ayudan a las personas a manejar algunas situaciones como la muerte.

J.S.: Sí, para manejar el trauma realmente. Así que las buenas culturas tienen formas para ayudar a las personas a manejar el trauma. Las malas culturas, como la de los republicanos, no tiene manera de ayudar a nadie a manejar el trauma.

Todos - risas

J. S.: No puedo dejar de decir, pensar en lo que está sucediendo en los Estados Unidos en este momento, pensar en lo que le están haciendo a estos niños; creando una generación de niños traumatizados, porque no entienden algo que no se necesita ser un psicólogo para entender. Cualquiera lo sabe y sin embargo hay un olvido total de cosas que toda cultura conoce, se ven esas fotos de África de hace 12 mil millones de años con mujeres cargando a sus hijos a sus espaldas porque sabían que era mejor que el niño estuviera conmigo bajo el sol ardiente, en lugar de dejarlo solo. Y ahora en 2018 estos idiotas psicópatas poco éticos, pero no estoy usando un lenguaje fuerte, simplemente destrúyelo todo.

A. A.: Muchas gracias por su interés y por sus respuestas.

Realizada en Ágora Relacional, Madrid, viernes 29 de Junio de 2018.

NOTAS

ⁱ Shiv'ah (שבעה hebreo para "siete") es el nombre del período de duelo observado dentro del judaísmo, para los primeros siete grados de parentesco: padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana, o esposa; abuelos y nietos no se incluyen.