

ENTREVISTA CON STEVEN KUCHUCK

Realizada por Alejandro Ávila, María Hernández, Carlos Rodríguez Sutil
Emmanuel Justo Raña y Paulina Román¹

Madrid

27 Junio de 2025

Emmanuel: Gracias por estar aquí. Primero, estamos muy contentos de tenerte aquí en Ágora con nosotros este fin de semana. Vamos a hacer un recorrido sobre artículos y libros tuyos que nos resultan interesantes, mediante preguntas y pensamientos sobre ellos.

Tenemos muchas cuestiones que nos gustaría hablar contigo, a ver hasta dónde podemos cubrir en este tiempo que tenemos. Primero, nos gustaría saber, Steve, si podrías compartir algunos puntos principales sobre tu historia personal, cómo te convertiste en psicoanalista, tu contribución a la perspectiva relacional y qué es lo que en tu libro denominas Revolución Relacional.

Steve Kuchuck: Gracias por la invitación. Estoy muy contento de estar aquí, incluso en un día tan caluroso. ¿Cómo me hice psicoanalista? Probablemente de la misma manera en que muchos de vosotros os hicisteis psicoanalistas.

Aunque tuve una familia complicada, mis padres estaban muy interesados en la psicología y la psicoterapia. A causa de algunas situaciones familiares difíciles, una crisis en la familia, entré en tratamiento de niño, después de adolescente, luego de adulto, y así fui paciente durante muchos años. Y pensé, Dios mío, ¡esto es fascinante! Me encanta, y esto me está salvando. Está salvando a los miembros de mi familia. Quiero aprender cómo se hace esto. Supongo que es una historia similar para muchos de los que hacemos este tipo de trabajo. Aunque sea alguna versión de esto mismo, ¿verdad? ¿Cómo me hice analista relacional? Nunca había oído hablar de la psicoterapia relacional. Estudié en un instituto clásico. No tenía un “Ágora” o un lugar relacional para ir y estudiar. En los Estados Unidos, más o menos en la época del segundo George Bush de presidente, cuando la invasión a Afganistán se estaba planeando, algunos analistas se unieron. Jessica Benjamin, Neil Altman y otros analistas de Nueva York que después entendí que se llamaban relacionales. Organizaron una reunión en

una escuela pública cruzando la calle donde vivía. Me estaba sintiendo traumatizado, como muchos de nosotros en Nueva York después de 9-11, escuchando amenazas de guerra. Fui a la reunión y escuché hablar sobre esta perspectiva y pensé, ¡guau! Esto es lo que el psicoanálisis puede ser. Empecé a estudiarlo con algunas de estas personas. Y empecé a enseñar sobre ello. Si quieres aprender algo, la mejor manera de aprender es enseñándolo. Empecé a enseñar, y hay muchos más detalles que podría comentar, pero esto es lo básico sobre los inicios. Familia difícil, mundo difícil. Hola, psicoanálisis.

Emmanuel: Escribes y hablas mucho sobre la subjetividad de los terapeutas en tus escritos, en tus artículos. Es como un tema principal.

Steve Kuchuck: Sí, tienes razón. Y me estás recordando que no necesariamente respondí a la pregunta sobre qué es la revolución relacional. Para mí, para Steve Mitchell, que como sabes, fue la primera persona en acuñar el término psicoanálisis relacional, esto fue una revolución. Fue un poco de rebelión y una respuesta radical a una psicología de una sola persona ("one person psychology") donde solo hablamos del paciente y no del analista. Fue algo que también me pareció una revolución. Desde adolescente fui paciente en análisis freudiano y empecé a estudiar el análisis clásico freudiano en mi veintena. Entonces, nos enseñaban a ocultar quiénes somos. No hables de quién eres, ¿verdad? Interfiere con la necesaria neutralidad, la necesaria transferencia pura, que no se puede tener si sabes algo sobre el analista. En aquel entonces, mis colegas y yo, como estudiantes, trabajábamos duramente para ocultarnos. La broma que a veces hago, y que quizás no pueda hacer mañana en la lectura de los trabajos en clase, ya veremos, pero la broma que a veces hago es que todos nuestros despachos se decoraban en marrón clarito, beige, todo neutral, todos colores neutrales, sin fotos de nadie, nada. Aunque sabemos que el despacho de Freud era muy colorido, y con muchos detalles. Pero nos entrenamos para no hacerlo. Mi amigo Lou Aaron (ya fallecido) dijo que escribiéramos sobre lo que nos motiva personalmente. Creo que mi rebelión contra tener que ocultarme fue tener un interés particular en quiénes somos como personas, quién es el sujeto del terapeuta, y sobre esto empecé a estudiar, escribir y enseñar.

Emmanuel: Volviendo al tema de la subjetividad del analista, que tu trabajo enfatiza, sobre la subjetividad del analista que inevitablemente entra en la consulta, lo quieres o no, sale. ¿Puedes elaborar sobre tu visión de cómo va tomando forma en la alianza terapéutica y los resultados clínicos, como se va mostrando o tratando de ocultar?

Steve Kuchuck: Es una gran pregunta. Sabes, a algunos de nosotros nos encanta mostrar quiénes somos, y tenemos que intentar contenernos un poco. Mientras que aquellos de

nosotros que creo que tenemos miedo de mostrar quiénes somos, quizás necesitamos arriesgarnos un poco más. Sin embargo, lo expresas muy bien cuando dices “nos guste o no”, nuestra subjetividad está ahí, en la consulta. Por tanto, en mi mente, lo que tenemos que hacer es tratar de recogerlo, ver si podemos encontrar aperturas para pedir al paciente que nos enseñe cómo nos ven, cómo les impactamos, cómo afectamos la transferencia. Durante los primeros 100 años, el psicoanálisis ha hablado sobre la transferencia del paciente y sobre nuestra reacción, nuestra contratransferencia. Pero entendemos que realmente puede ser al revés. Creo que esto lo olvidamos. ¿Cuánto sabemos en nuestro cerebro, pero olvidamos en nuestro corazón y alma? Estamos impactando el tratamiento. Los pacientes están intentando agradarnos basado en lo que sienten que somos como personas. Tenemos pacientes que nos cuentan todos sus sueños si creen que nos gustan los sueños. Tenemos pacientes que nos preguntan sobre nosotros si creen que nos gusta hablar sobre nosotros. Cuando algunos de mis pacientes no me hacen preguntas me preocupa que tal vez, aunque sientan curiosidad, no pregunten porque sientan que no quiero ir allí, que me siento privado o tímido o avergonzado. He perdido el hilo de tu pregunta.

Emmanuel: No, no, está bien. Estaba preguntándote cómo esta subjetividad del analista da forma a la alianza terapéutica y los resultados clínicos.

Steve Kuchuck: No hay manera de que no le dé forma. Está en todo. Es casi una pregunta difícil de responder porque creo que está tan integrado en el trabajo, en todas las formas. En cada una de las formas. Creo que la clave aquí es descubrir las formas en las que afectamos a nuestros pacientes, debido a nuestra psicología, nuestras tendencias, nuestras neurosis (en un buen día). ¿Cómo afectamos al trabajo? ¿Quiénes somos para el paciente? ¿Y quién es el paciente para nosotros? Si queremos a un paciente particularmente o nos sentimos enfadados o asustados con un paciente, esto obviamente está en la consulta. ¿Eso qué le hace al tratamiento? ¿Eso qué hace con sus asociaciones y con lo que pueden hablar libremente o no? Hay tantas formas.

Emmanuel: Siguiendo en esta línea, ¿cómo navegamos esta tensión entre usar nuestra subjetividad como herramienta clínica y proteger el espacio de los pacientes y sus propias proyecciones? Esa línea fina.

Steve Kuchuck: No creo que podamos, y al mismo tiempo creo que siempre debemos intentarlo, si esto tiene sentido. Siempre tenemos que intentar protegerlo. En algún lugar lo escribo como “proteger el derecho del paciente a no saber cosas sobre nosotros”. ¿Cómo lo hacemos? Incluso pensando en esta entrevista, pensé que se publicará en internet y tal vez

alguien aprenda algo sobre mí que tal vez no quiera conocer. Tal vez yo no quiera que aprendan algo sobre mí. ¿Cuál es? Si no quieren aprender sobre mí, ¿por qué buscan una entrevista? Y aún más, ¿cuál es la línea entre la curiosidad del paciente y lo que quizás es útil que sepan sobre nosotros? Nunca he dejado mi interés clásico freudiano en... ¿cuál es la palabra? Sabemos que la neutralidad no existe, pero algo que está vinculado a ese extremo del espectro y a la privacidad del analista. Pero, como creo que aprenderéis en uno de mis trabajos este fin de semana, tuve una madre que podía estar muy presente, para decirlo suavemente, muy presente. Así que intento corregir desde mi propia vulnerabilidad, y no transgredir la vulnerabilidad del paciente.

Además, ya que nosotros ya no trabajamos de forma clásica, tenemos un riesgo más alto de estar muy presentes. Creo que eso está vinculado a tu pregunta también. Hay un riesgo muy alto de estar en el espacio del paciente, que es diferente a los días cuando no decíamos nada, lo cual hice en mi práctica también, como quizás algunos de vosotros.

Emmanuel: ¿Puedes describir un momento cuando tu propia subjetividad, consciente o inconscientemente, cambió el curso de un tratamiento? Pienso quizás en Michael. Tengo ese caso en mi mente, el caso de Michael. El problema que había en torno a tu decisión.

Steve Kuchuck: Claro, puedo hablar sobre eso. Es un buen ejemplo. Pero la razón por la que estaba sonriendo con tu pregunta, es porque es difícil poder describir un momento cuando mi subjetividad no haya afectado (el tratamiento). No siempre sabemos cómo afecta, pero creo que es una buena pregunta porque obliga al ejercicio de tratar de deconstruir estos momentos clínicos: cuándo realmente afectamos mucho, y cuándo afectamos menos. Pero el "Michael" al que Emmanuel se está refiriendo fue un paciente mío que supe que estaba a punto de ir a una cita a ciegas con mi amigo más cercano en ese momento, y probablemente preferiría hablar sobre cómo su subjetividad me afectó a mí.

Este ejemplo fue muy problemático para mí, muy solitario y difícil. Fue una experiencia muy emocional cuando finalmente, tuve que decirle a él, bueno, en realidad, él descubrió después de haber tenido un par de citas, que estaba viéndose con mi amigo y él estaba muy emocionado. Me afectó lo emocionado que él estaba por entrar en mi mundo privado. Pero yo también estaba resentido. Y creo que el problema más grande hubiera sido, por supuesto, si los dos hubieran seguido saliendo juntos, ese hubiera sido un problema más grande. Pero ¿cómo afecta nuestra subjetividad a nuestros pacientes? ¿y cómo no? ¿Cómo no? Incluso cuando pensamos que estamos siendo muy contenidos y protegiendo el espacio de nuestros pacientes al no decir demasiado sobre nosotros.

Algunos de nuestros pacientes sienten cómo sufrimos bajo el peso de no hablar sobre nosotros. Creo que algunos pacientes sienten la presión a la que nos sometemos al no decir nada o nuestro deseo de ser vistos y de hablar sobre nosotros. Solía tener una división fácil a la que hacía referencia: "Soy un analista relacional que no hablo sobre mí mismo; solo escribo sobre mí". Y para mí esta es una solución. Lo pongo en el papel y espero que los pacientes no lo vean. Aunque inconscientemente debe haber parte de mí que espera que algunos lo vean. Pero a medida que me hago más mayor, no soy tan reservado como antes. Tengo un paciente con el que canto. A veces cantamos canciones juntos. Todos tenemos estos casos en los que hacemos cosas que normalmente no hacemos. O hago las mismas bromas. Uno de mis pacientes me dijo el otro día que debería conseguir material nuevo. No estoy tan asustado de mostrarme como antes. Y supongo que, si no tuviera antecedentes clásicos, tanto como paciente, candidato y nuevo terapeuta, quizás hubiera llegado a esto antes. No lo sé.

Emmanuel: Sí, este fue tu proceso. Tu proceso particular de hacerte psicoanalista. Y nuestros personajes ("personas") están en la consulta con el paciente. Nuestro propio camino de convertirnos en terapeuta.

Steve Kuchuck: ¿Sabes lo interesante? Cuando tienes a un paciente durante muchos años y empiezas con él con una orientación teórica, y luego te conviertes a una más evolucionada, evolucionado de forma diferente. Y tienes pacientes trabajando según las antiguas reglas, incluso aunque tu hayas evolucionado a formas más nuevas de ser. Esto causa algunos desafíos y momentos interesantes también.

Emmanuel: Sí, y tal vez un aspecto de la subjetividad del analista, pero no siempre, puede ser una autorevelación. Si la hacemos, o no y porqué. Me preguntaba ¿cuáles son los dilemas que crees que son únicos para un analista relacional o intersubjetivo con respecto a la autorevelación.

Steve Kuchuck: Es interesante. Bueno, en primer lugar, el hecho de usar el termino teoría es diferente. En los primeros años, Steve Mitchell y sus colegas pensaban que no deberíamos llamar a nuestro trabajo teoría. Deberíamos llamarlo perspectiva o giro. Creo que la mayoría de nosotros estamos más cómodos usando el término "teoría" ahora que llevamos un tiempo más largo de 25, 30 años. Pero alguna de nuestras teorías se ha convertido en otras perspectivas, así que los fraudianos contemporáneos, por supuesto, usan la autorevelación selectiva y deliberada. Obviamente, los interpersonales usan la autorevelación bastante. Hay quien discute que los interpersonales la utilizan demasiado, y que los analistas clásicos o los

analistas de relacionales objetales no la utilizan lo suficiente. Los relacionales no creemos que sea posible escondernos, y otros analistas contemporáneos no creen que sea posible esconderse. Entonces, si no es posible escondernos, siempre estamos telegrafando cosas sobre nosotros mismos. La idea de la autorevelación inadvertida... los pacientes nuevos que entran en mi despacho dicen, ¡guau, te encanta el arte! No sé si eso significa que es demasiado para ellos, o les gusta, o están tratando de descubrirme. Puede significar tantas cosas diferentes. Eso ya es una autorevelación. He ido del despacho beige a mucho arte, y al color. Creo que tenemos que tratar de descubrir, y como he escrito en algún lugar, tenemos que descubrir cuándo estamos haciendo una autorevelación deliberadamente. Hay una autorevelación inadvertida y una autorevelación deliberada.

¿Cuándo lo hacemos porque lo necesitamos? El analista tiene necesidad de ser visto y de estar despierto. ¿Podemos permanecer despiertos si nunca hablamos de nosotros mismos? ¿Y cuándo lo hacemos para el paciente? Argumentamos que, si es bueno para el analista, tal vez también sea bueno para el paciente. Y, de hecho, creo que aparte de ciertos problemas narcisistas o patología en el analista, muy a menudo lo bueno para el terapeuta es bueno para el paciente. No sé, podría hablar sobre este tema continuamente. Creo que sentir que no podemos dejar que nuestros pacientes sepan quiénes somos mata nuestra alma y nuestro espíritu. Creo que mata algo en nosotros. Y a pesar de eso, puede inundar e invadir al paciente si vamos demasiado lejos en esa dirección. ¿Cómo podemos encontrar el equilibrio? Una respuesta es que depende de quién sea el terapeuta. Algunos de nosotros necesitamos ser vistos. Siempre, una y otra vez, vuelvo a la cita de Winnicott: "Es una alegría estar escondido, pero un desastre no ser encontrado". Algunos de nosotros estamos más en la dirección de que es una alegría estar escondido y algunos de nosotros estamos más en la dirección de que es un desastre no ser encontrado. Entonces, ¿quiénes somos? ¿Qué nos permite estar vivos y despiertos en la consulta? Creo que eso se convierte en una pregunta que nos enseña qué hacer. ¿Qué te ayuda a estar vivo y despierto en la consulta? Y luego, ¿puedes intentar revisar con el paciente, ¿cómo le afecta saber algo de ti? Siempre intento volver al paciente y preguntar ¿Cómo fue para ti escucharme decir eso o notar eso sobre mí? ¿Eso cómo fue? Ahora, aquí debemos tener cuidado porque a veces hacemos estas preguntas porque queremos que el paciente nos reafirme. "Oh, genial, que bien. Realmente aprecio que hablaras de tu tía Marilyn y cómo siempre te daba chocolate cuando eras niño". Pero ¿en serio? ¿Fue realmente bien y genial? Entonces, ¿estamos pidiendo reafirmación o estamos preguntando porque realmente queremos tratar de resolverlo con el paciente, ¿cómo les afecta? Podría pasar el resto de la entrevista hablando sólo sobre la autorevelación.

Emmanuel: Sí, creo que es un aspecto interesante de la teoría relacional porque se distancia tanto de lo clásico, de la forma clásica de hacer las cosas.

Steve Kuchuck: Si mucho, aunque hay quien discute que Freud y sus seguidores decían “nunca, nunca utilices la autorevelación”, pero luego se iban juntos de vacaciones, tomaban café, un expreso en el café en Viena. Creo que probablemente utilizaban la autorevelación mucho. Pero, muchas veces había una distancia entre la teoría de Freud, como la interpretaban sus seguidores y lo que realmente sucedía. Y estamos tratando de teorizar la noción de compartir nuestra subjetividad. Estamos tratando de entenderla teóricamente y de cómo trabajar con ella si podemos. Pero por supuesto no es “un talla para todos”. Entonces, ¿qué nos hace no ser vistos? ¿Qué nos hace ser vistos? A algunos de mis colegas y a mí a veces nos asusta que los pacientes conozcan ciertas cosas sobre nosotros. ¿Y esto por qué? ¿Por qué tenemos miedo? Creo que es más fácil para la mayoría de nosotros cuando llevamos tiempo ejerciendo. Ya no estoy tan asustado de ser visto caminando por la calle, por ejemplo, rascándome cuando algo me pica, o hablando en voz alta por teléfono o agachándome para recoger las deposiciones de mi perro. No es como antes cuando un paciente me decía, «Steve, ¡hola!» Y, con sólo eso, me sentí expuesto.

Paulina: Tenemos más información de esa manera.

Steve Kuchuck: Sí, eso es cierto también. ¿Pero por qué tantos de nosotros tenemos miedo a ser vistos y conocidos en nuestra imperfección y en nuestra vulnerabilidad? ¿Es el mito del analista saludable que Racker decía, de tener que ser más saludables que nuestros pacientes, tenerlo todo resuelto, si bien no siempre sabemos cómo nuestros pacientes definirán lo saludable o exitoso? Quizás para algunos pacientes es recoger tras nuestro perro y para otros pacientes es no tener perro. Creo que son nuestras fantasías sobre lo que nuestros pacientes quieren ver o no ver. Y es normalmente nuestra propia timidez y vergüenza. Y nuestra propia conciencia de lo imperfectos que somos y los problemas que tenemos a nuestra manera. Eso es Sullivan, “Todos somos mucho más sencillamente humanos que otra cosa”. Es una lección difícil para muchos de nosotros.

Emmanuel: Sí, y estaba pensando, mientras te escuchaba, que esto no sucede con todos los pacientes. Hay algunos pacientes que te asusta más, si conocen algunos aspectos de ti y te sientes más cómodo con otros pacientes. Quizás para compartir, o quizás si te ven en la calle estarías bien. Pero es interesante, con algunos pacientes quieres estar más escondido, y con otros pacientes quieres estar más expuesto. De alguna manera, creo que es interesante.

Steve Kuchuck: Es muy interesante. Es una buena observación. Tenía un paciente que siempre me preguntaba dónde me iba de vacaciones. Hasta que un día le dije que no se lo iba a decir más, porque o me decía que era un lugar estúpido, y me menoscaba, sintiéndose mal por tener un terapeuta tan pobre que solo podía ir a lugares que no creía que fueran interesantes, o aparecía la envidia, lo que era difícil para él, y lo teníamos que trabajar. Así que le dije que por un tiempo no le diría a donde iba. Podemos jugar un poco y reírnos sobre esto, pero sí, depende de la información y quién es el paciente, y cuál es tu transferencia con el paciente. ¿Por qué lo necesitas? Creo que eso está relacionado con lo que es interesante para ti, Emmanuel. ¿Por qué necesitamos que nuestros pacientes nos vean de cierta manera? O ciertos pacientes, ¿y por qué con otros pacientes no nos importa tanto?

Paulina: Creo que hoy en día es más difícil con los medios, y si tienes Instagram o redes sociales ¿qué quieres mostrar a tus pacientes o a otras personas? ¿Esto cómo lo manejas, tienes Instagram, Facebook y todo eso?

Steve Kuchuck: Por supuesto que tengo Instagram, soy muy joven y muy “cool” (risas). Y TikTok, siempre estoy en TikTok, ahora que he descubierto lo que es... Lucho con ello. Creo que lucho de una forma que la gente más joven no hace. Estoy seguro de que es un poco más claro para aquellos que son más jóvenes que yo, saber qué hacer con esto. Pero, creo que como humanos, queremos mostrarnos y queremos ser más humildes. Creo que es una pregunta real. ¿Qué hacemos con nuestros pacientes que están en el sector? Algunas de mis redes sociales están orientadas como profesional, pero un número de mis pacientes son terapeutas y analistas. Así que, no lo sé. La envidia siempre está ahí. La envidia y la competición. Podemos argumentar que, si somos más visibles, lo traemos más a la consulta. Podemos trabajar con ello de una manera más efectiva, tal vez, si está en la consulta o en las redes sociales.

No acepto solicitudes de amistad en Facebook de pacientes, pero no he recibido ninguna en los últimos años. Puede ser un ejemplo de los pacientes leyendo mi inconsciente. Supongo que algunos de vosotros estáis conformes con recibir ese tipo de solicitudes. Creo que es interesante cómo nuestros pacientes nos imaginan. Así que intento mantener una separación. No tengo una gran presencia en redes sociales. Sobre todo, me gusta hablar con mis pacientes sobre quién soy para ellos, qué saben de mí y cómo es para ellos. Pero eso también puede convertirse en un acto muy narcisista si no somos cuidadosos, porque algunos de nuestros pacientes quieren hablar sólo de sí mismos, y eso tiene perfecto sentido.

Es otra conversación enteramente. ¿Cómo sabemos cuándo un paciente está tratando de protegernos de sus preguntas versus protegerse de entender y conocernos demasiado? Estuve en la conferencia de IARPP, y uno de mis pacientes estaba allí, y fue muy complicado. Me encontré con ellos en el hotel de la conferencia al lado del ascensor en mi planta. Ellos me dijeron, “¡Oh, mierda! No sólo estamos en la conferencia juntos, no sólo estamos en el hotel juntos, estamos alojados en la misma planta.” Así que, no eran los únicos que decían, ¡Oh, mierda! Y ahí lo tienes, así es la vida.

Emmanuel: Pensando en aspectos personales, uno que es muy importante para mí, al leerlo e irte conociendo y es el elemento de ser un terapeuta gay, siendo yo mismo un terapeuta gay. Creo que es interesante porque creo que tenemos también algo que nos viene del elemento clásico. Que era difícil ser un terapeuta gay en la formación clásica. Recuerdo que en mi primer grado máster tuve que escribir mi autobiografía para que los analistas pudieran leerla y luego tendría tres rondas con cuatro entrevistadores. Estaba tan asustado de hablar de ser gay.

Steve Kuchuck: O eres mucho más mayor de lo que pareces, o esto es un comentario muy triste sobre nuestros tiempos, porque en mi fantasía la gente de tu edad no tiene problema por ser un terapeuta gay.

Emmanuel: Fue hace 15 años cuando hice mi primer máster y fue en una institución muy clásica. Me dijeron que fui la primera persona en hablar de ser gay en su autobiografía. Y fue tremendamente sorprendente para mí.

Steve Kuchuck: Sí, debió ser sorprendente. Para mí sólo era algo más que debía esconder. Recientemente estaba recordando cuando hace años hablando con unos amigos – mi amiga iba a una institución muy clásica - y le pregunté a otro amigo, si creía que referiría pacientes a un analista gay. Me dijo, “No lo sé, le voy a preguntar; no le diré de dónde viene la pregunta”. Le preguntó y la respuesta fue, por supuesto que referiría pacientes a un analista gay, si el paciente era gay. De esto no hace tanto tiempo. Y pensé, ok, voy a seguir escondiéndome porque no quiero atender sólo a pacientes gays o lesbianas. Probablemente ni siquiera referiría a pacientes lesbianas, solo gays. No pienso en mí mismo como analista gay. Pienso en mí mismo como analista que está casado, que tiene principalmente, o quizás únicamente objetos internos heterosexuales. Que tengo estados del self que son heterosexuales y estados del self que están más orientados al mismo sexo o gays.

Es decir, soy un analista gay, pero no pienso en mí mismo de esa manera. Parte de eso puede ser porque no "salí" hasta los 30 y tuve todo tipo de relaciones en mi vida, no solo la relación romántica con el mismo sexo. Hay muchas partes de quien soy, en parte porque he tenido que esconderme, en parte por la vergüenza y la homofobia internalizada que incluso las personas gays tenemos. Todos en esta sociedad tenemos, obviamente, homofobia internalizada. Entonces, ¿qué significa ser un analista gay? No sé si lo sé. Sé lo que significa para mí ser un analista gay. Y para mí, durante muchos años, significó intentar asegurarme de que mis pacientes no lo supieran. Porque recuerda, según mi formación, debemos ser neutros. Entonces, ¿qué voy a hacer? Y la sensación es ¿cómo podría un paciente heterosexual estar cómodo con un analista gay? Pensé que se preguntarían, ¿cómo podría yo entender su mundo? Estaba a punto de decir que no creo que fuera una proyección de mi propia psique, pero claro, seguramente lo es. Y también refleja la situación en la que estábamos en la sociedad.

Tengo un paciente varón heterosexual que me preguntaba constantemente: ¿eres gay? ¿eres heterosexual? ¿cuál es tu historia? Y finalmente decidí contárselo. Es un hombre heterosexual. Me dijo: "gracias a Dios, estoy muy contento de que seas gay. Ahora no tenemos que competir por las mismas mujeres". Obviamente estaba bromeando, pero para él, creo que significaba algo. Podía ser el hombre heterosexual de la habitación. Podía tener a todas las mujeres fabulosas y no teníamos que competir de esa forma.

Más recientemente, tuve un paciente religioso, un paciente religioso judío. Este paciente judío me dijo: Steve, ¿cuál es tu historia? ¿eres heterosexual? Y yo dije: bueno, hablemos sobre ello (ya sabéis, es la respuesta que solemos dar cuando nos hacen preguntas personales). Me dijo: sabes, estoy tan cansado de que me digas: "hablemos de ello". Cuando te pregunto algo sobre tu vida, quiero que me lo digas. Le dije, hagamos un trato. Te lo diré en las próximas semanas, ya veremos, no pongamos fecha. Te lo diré pronto. Pero si estás de acuerdo en que podamos hablar sobre ello. Sé que no te gusta hablar sobre esto, pero ¿qué opinas? Lo típico que hacemos con los pacientes cuando nos preguntan y queremos trabajar sobre algo. De acuerdo. No llegamos tan lejos, lo intentamos. Finalmente, se lo dije y se detuvo un momento y me dijo: ¿Sabes qué? Creo que eres mi primer amigo gay. Y eso le conmovió. Creo que le conmovió el hecho de que yo se lo dijera. Y ahora me conmueve mucho también recordándolo. Estamos aquí para ayudar a nuestros pacientes a sentirse mejor consigo mismos, pero este tipo de trabajo nos impulsa a seguir desarrollándonos y evolucionando, a asumir riesgos interpersonales. Y fue muy especial para él. Y luego empezó a recordar a un profesor que tuvo en secundaria, en su yeshivá, su escuela religiosa, que creía que probablemente era gay y con quien hubiera querido tener una relación. Y luego

reflexionó sobre una experiencia con alguien del mismo sexo que tuvo cuando era más joven, aunque él se identifica fuertemente como heterosexual. Así que no sabemos a dónde nos llevan estas cosas. Y creo que debemos asumir que las personas gays también pueden ser heterosexuales o bisexuales, y viceversa. Creo que todos somos muy diversos y las etiquetas se vuelven un poco más complejas de lo que parecen a primera vista. Además, por supuesto, depende de quién sea el terapeuta heterosexual o el terapeuta gay, etc. Así que esa es una primera respuesta.

Emmanuel: Mientras escuchaba, pensaba que, al menos a mí me pasa mucho, que un paciente gay pide un terapeuta gay. Y aquí estoy yo. Me recomiendan, pero cuando entran a la consulta, ya conocen ese aspecto de mí, que es muy íntimo, como cualquier otro, pero íntimo. Y creo que está bien porque se sienten más cómodos al principio, pero luego pienso que puede ser peligroso porque es como si fuéramos iguales o perteneciéramos al mismo mundo o compartiéramos las mismas luchas. Y sí, en cierto modo sí, pero creo que puede volverse peligroso.

Steve Kuchuck: Sí, creo que sí. Y también, ¿qué pasa con la parte de ellos que no quiere un terapeuta gay? Conscientemente, su estado del self es tal que quieren un terapeuta gay. Pero no sé si solo quieren eso. Es como cuando recibimos a un nuevo paciente y nos dice: «Quiero un terapeuta que sea muy comunicativo y dinámico». En parte, es comprensible. Conscientemente, uno desea ese tipo de terapeuta. Pero eso no significa que sea lo único que se busca. ¿Y qué ocurre con la homofobia internalizada del paciente? ¿Tenemos más acceso a ella, independientemente de su orientación sexual? ¿Tenemos más acceso si el paciente sabe que somos un terapeuta gay? ¿O quizás menos? Soy de la vieja escuela, un analista relacional, y sigo pensando que es mejor explorar las fantasías del paciente sobre conocer mi identidad, en lugar de que comience el tratamiento ya sabiendo algo de mí. Sin embargo, para algunas pacientes lesbianas o gays que han sufrido traumas en su desarrollo y han sido víctimas de homofobia problemática, puede ser muy necesario y beneficioso para ellos saber que somos lesbianas o gays. Pero también podríamos argumentar que podría ser igualmente beneficioso que no supieran quiénes somos, y que simplemente aprendieran que podemos respetarlos, valorarlos y quererlos, aunque seamos diferentes.

Entonces, nuevamente, yo preguntaría: ¿quién es el terapeuta y quién es el paciente, y cómo es esa diada. Tienes razón, algunos de mis pacientes acuden a mí porque saben que soy gay o lo descubren después de ver todos los colores de mi despacho. Así que, sí. De nuevo, es muy interesante... Me parece que depende de muchos factores.

¿Y cómo sabemos cuándo es nuestra propia vergüenza u homofobia lo que nos impide querer decir quiénes somos, versus a la sabiduría analítica que dice: «mantengamos cierta distancia»? ¿Cómo lo sabemos? Probablemente sean ambas cosas.

Escribí un artículo sobre el amor del analista, el amor romántico y el deseo sexual como parte de la acción terapéutica. Y creo que el tipo de transferencia romántica que, bueno, en este artículo, un analista gay puede tener por un paciente heterosexual, puede ser particularmente poderosa. El argumento del artículo es que los pacientes gays tendrán otras oportunidades para la adoración y el amor masculino profundo en configuraciones de tipo edípico. Las pacientes femeninas a menudo tienen oportunidades para esto. Los pacientes heterosexuales a menudo no las tienen. Si vamos a ser estereotípicos al respecto, el padre de un niño no siempre se involucra de la manera amorosa y romántica-erótica-edípica que el niño necesita. Quizás algo de eso se pueda recrear, reconocer y realizar en la consulta con el analista gay. A veces me ha preocupado que algunas mujeres pacientes heterosexuales quizás hayan necesitado eso de mí. Y quizá me resultaría más difícil acceder a eso con algunas pacientes, no con todas. Así que las diferentes configuraciones significan mucho. Ahora, en este momento, estoy siendo muy esencialista, se puede ser un terapeuta masculino y seguir buscando la transferencia maternal, obviamente, no es tan literal, aunque en mi mente sí lo es.

Emmanuel: Estabas hablando de los padres, así que quizá podamos hablar del artículo, de cómo los padres entran en la consulta, los padres del analista y los padres del paciente. Porque en este artículo, “La invasión de los padres del analista”, que es maravilloso, hablas de cómo los padres internalizados entran en el tratamiento. ¿Cómo crees que las figuras internalizadas de los padres del terapeuta pueden interactuar con las propias proyecciones del paciente de sus propios padres? ¿Puedes hablar un poco sobre esto?

Steve Kuchuck: La respuesta corta es que la consulta se vuelve abarrotada. Hay muchos padres de otras personas ahí, incluidos los padres de nuestros padres y los padres de los padres de nuestros pacientes. ¿Cuántas generaciones hay en juego, quizás? No siempre sabemos a qué estamos reaccionando en una consulta. No siempre sabemos si se trata del material y los objetos del paciente, o si es nuestro propio material y nuestros propios objetos. Me parece un ejercicio artificial imaginar que podemos separar estas cosas y saber a quién estamos reaccionando. Cuando me doy cuenta de que estoy especialmente cansado, de mal humor o excitado, cuando algo me parece un poco fuera de lo normal en mí mismo, intento decirme que quizá hoy debería hablar un poco menos o simplemente intentar estar atento, si puedo. No siempre podemos hacerlo. Intenta estar atento a cómo van las cosas. Si siento que

estoy reaccionando más a las cosas, suelo sospechar que mis propios objetos internos se están activando más de lo que me gustaría. Si tengo una discusión con un paciente. Por suerte en mi consulta no he tenido demasiadas personas que sean partidarias de Trump. Perdona por usar esa palabra. Y no me refiero a "partidario". Pero con un joven solía discutir mucho, y estoy seguro de que parte de lo que ocurría era que mi padre y su padre estaban manteniendo un debate, una discusión. Su padre era muy conservador. Mi padre no era tan conservador, era bastante liberal. En ese sentido, tuve suerte con mis padres, eran bastante liberales socialmente. Pero le gustaba discutir, o no podía evitar discutir. Y había una discusión. Obviamente, la discusión era entre mi paciente y yo, pero creo que nuestros padres estaban en la consulta, y así lo sentía. Y justificaba estas discusiones ante mí mismo de forma clínica, teórica, diciéndome que mi paciente necesitaba la experiencia de discutir con un padre que pudiera permitirse perder, que pudiera discutir de forma cariñosa. Pero ¿adivinen qué? Cuando Trump ganó por segunda vez, no pude permitirme perder en estas peleas, y no fui tan cariñoso. Y llegó un momento que le dije: «Creo que sería mejor para ti o para ambos si no habláramos tanto de este tema. Me resulta difícil mantener...». E intenté ser un poco didáctico con él al respecto. Pero la cuestión es que a veces sentimos la presencia de nuestros padres o hermanos en la consulta. Sabemos cuáles son nuestros puntos ciegos. A estas alturas la mayoría de nosotros hemos tenido tanto tratamiento y/o tenemos la habilidad de ayudar a nuestros pacientes a ver nuestros puntos ciegos. Lou Aaron y otros escriben sobre eso, usar al paciente como consultor para decirnos lo que ven en nosotros, incluso si no lo notamos. Y creo que a veces tenemos una idea de lo que está pasando en la sala, pero no siempre podemos separar las proyecciones de los objetos internos de una manera absolutamente perfecta.

Emmanuel: Tu artículo me resultó muy interesante por muchas razones. Podía imaginar mis elementos paternos o maternos teniendo una conversación, como estos objetos, estos aspectos de mí y los aspectos de este paciente en particular interactuando. Era interesante imaginar esta interacción en este tercer espacio.

Steve Kuchuck: Y luego algunos de nosotros tenemos a nuestro padre analista, nuestro padre supervisor. Freud sigue siendo uno de mis padres. Ya no tanto, ahora es mucho más mayor. Pero hay muchos diálogos que pueden darse, me parece. Me alegra que haya tocado algo en ti. Y creo que tenemos que trabajar muy duro para no sentir vergüenza cuando nos damos cuenta de que aún no estamos suficientemente bien analizados, completamente. No estamos perfectamente analizados. Recuerda, crecimos escuchando: "Bueno, no referiría a ese colega. No está suficientemente bien analizado. Necesita más tratamiento". ¿Quién no necesita más tratamiento? Eso no significa que vayamos a hacerlo, a veces hacemos un

autoanálisis, pero por si no lo has notado, los humanos somos una especie muy limitada, problemática. Y no hay una clase separada de analista frente a paciente. Todos estamos luchando.

Hace algunos años, tuve un terapeuta que en realidad no era analista y me dijo —creo que estaba luchando con el hecho de que en ese momento necesitaba tratamiento—. Estaba pasando por algo sobre lo cual quería consultar con alguien. Llega un punto en que es muy difícil encontrar a un analista que no haya sido tu alumno o tu paciente o estado en tu clase. Cuanto más tiempo llevas en el campo y más te expones, más difícil es. En fin, fui con alguien que no era realmente un analista, un terapeuta talentoso, y me costó un poco aceptar que necesitaba ayuda con esto. Y él me dijo: “Quiero que entiendas algo, Steve. Si los roles se invirtieran, podrías estar ayudándome tú a mí ahora mismo. Podría imaginarme acudiendo a ti a pedir ayuda”. Dijo: “Simplemente ocurre que me has llamado tú. Si la vida fuera un poco diferente, tal vez habría sido yo el que llamara”. Y hubo algo en ese “nivelar el campo” que encontré muy terapéutico y útil. Y de hecho se lo he dicho a algún paciente en mi posición de terapeuta, porque creo que la idea de que todavía luchamos y todavía necesitamos ayuda es difícil para quienes somos clínicos. Incluso si decimos que no es así, y en algún nivel no lo es, claro que lo entendemos. Pero en el fondo, en nuestro corazón, en nuestras entrañas, creo que hay un poco —y a veces no tan poco— de vergüenza que aparece si estamos luchando. Y a veces ni siquiera nos va tan bien como a nuestros pacientes. Entonces podemos hacer una estupenda maniobra defensiva y decir: “Bueno, si tuviera un analista como yo, tal vez también me iría muy bien”, lo cual es defensivo y un poco grandioso. Pero tenemos que darnos permiso para tener cierta angustia y estar luchando. La misma gracia que esperamos darles a nuestros pacientes.

Emmanuel: Estar angustiados y recorriendo el camino. Nuestros pacientes lo están.

Steve Kuchuck: Es una buena manera de expresarlo: estamos recorriendo este camino, en este proceso, que dura toda la vida. Estamos en un camino. El de la vida.

Trabajé en los diarios de Masoud Khan con mi colega Linda Hopkins. Khan habla de ver a André Green, el analista francés. Ambos estaban ya avanzados en sus carreras, y Green tenía una de sus depresiones. Khan lo puso en el diván, hicieron algunas sesiones y le dio tratamiento. Eran amigos. Eran colegas. No fue un tratamiento “real”. Y luego, el querido amigo de Masoud, Robert Stoller, puso a Khan en el diván una semana que estuvo visitando a Robert y a su esposa Sybil en Los Ángeles. Khan estaba de visita desde Londres. Stoller puso a Khan (en el diván). Así que creo que hacemos cosas informales como esta, unos por otros.

He tenido tratamientos más avanzada mi vida, que han durado un par de conversaciones, con mi querida amiga Galit Atlas. Estoy seguro de que ella estaría de acuerdo en decir que fue al revés. Hace algunos años, su hijo de 10 años le dijo a Galit: "Quiero hacer terapia con Steve". Galit dijo: "Eso es muy tierno de tu parte, pero Steve es un amigo cercano, no puedes realmente hacer terapia con él". Él dijo: "Sí, sé que es un amigo cercano. Por eso quiero hacer terapia con él". Así que lo traje a mi despacho, comimos donuts, y nos sentamos.

Digo todo esto porque creo que quienes sabemos cómo funciona este proceso podemos ayudarnos mutuamente de muchas formas, temporalmente, incluso si no hacemos un tratamiento completo. Claro que lo del hijo de Galit fue más bien una historia adorable, siendo el hijo de una analista y el sobrino honorario mío como analista y demás. Pero los amigos en el campo hacen esto unos por otros, desde los más reconocidos que escriben sobre ello hasta otro tipo de diádas. El asunto es que no siempre podemos hacerlo por nosotros mismos, y entonces tenemos que enfrentarnos a la lucha que tenemos sobre permitirnos someternos. El artículo de E. Ghent sobre sometimiento y rendición, someterse o rendirse a un tratamiento, y lo que eso significa.

Emmanuel: Construir una comunidad.

Steve Kuchuck: Construir una comunidad que dure toda la vida. Estoy seguro de que en Ágora la tenéis. Tenéis versiones de esto. Es una de las cosas maravillosas que habéis creado aquí con este Instituto, con esta comunidad: crear comunidad. Y tenemos que hacerlo unos por otros. Uno de mis principales intereses en "El analista como sujeto" es: ¿cómo hacemos más espacio para nosotros mismos? Dedicamos nuestra vida a nuestros pacientes. Primero, nos dedicamos a nuestros padres y hermanos, y tratamos de rescatarlos y sanarlos, consciente o inconscientemente. Luego lo hacemos con nuestros pacientes. A veces nos perdemos en el camino, y a veces nuestras teorías nos permiten escondernos y perdernos si no hacemos suficiente espacio para nosotros mismos, ya sea mediante lo que llamo "revelación silenciosa", u otros medios, amigos informalmente, como acabo de decir. Si no encontramos formas adicionales de crear más espacio para nosotros mismos, nos vamos a quemar. Eso fue lo que me pasó con la teoría freudiana. Me estaba quemando. No podía más. No podía mantener la disciplina de tener que ocultar y reprimir quién era. Ya no funcionaba para mí.

Y creo que les ha pasado a muchos colegas, y puede pasarnos también a los analistas relacionales si no tenemos cuidado. No es que exista una fórmula mágica que hayamos

descubierto como relacionales y que no se conocía. No hay magia. Así que tenemos que hacer espacio para nosotros mismos mientras seguimos privilegiando la subjetividad del paciente.

Emmanuel: Sí, y lo que dices, está en tus trabajos. Te escuché en Grecia, y veo lo importante que es para ti, pensar en la subjetividad.

Steve Kuchuck: Me preocupa nuestra profesión porque, si no nos cuidamos lo suficiente y no hacemos suficiente espacio para nosotros mismos, nuestros pacientes sufren. No es solo que nos quememos. Es que, ¿qué les pasa a nuestros pacientes cuando nos quemamos o nos sobrecargamos? Recientemente he escrito un artículo sobre el aburrimiento que espero sea un capítulo en un nuevo libro. Este es un campo que puede ser aburrido. Hablamos del trabajo como fascinante, emocionante, y es un privilegio. Absolutamente. Pero los pacientes repiten mucho las cosas. Necesitan hacerlo. Y nosotros estamos mucho tiempo sentados en un sillón, es lo que necesitamos hacer. Y esas dos cosas, junto con la sobrecarga, tal vez sobrecarga emocional y mantener nuestra subjetividad aparte, para privilegiar la suya, esas cosas pueden llevar al aburrimiento y a la sensación de muerte interna. Así que creo que es algo a lo que también tenemos que prestar atención cuando hablamos de nuestra subjetividad.

Paulina: Y creo que ahora, tras la pandemia, hay más gente pidiendo terapia o tratamiento, y creo que nosotros, como terapeutas, estamos agotados como para atenderles o para estar presentes.

Steve Kuchuck: Yo también lo creo. Pensé que se frenaría, pero creo que las solicitudes de tratamiento desde la pandemia siguen siendo más que antes. Es realmente interesante. Es la buena y la mala noticia. Pero sí, creo que tienes razón en eso. Y para muchos de nosotros es difícil decir que no, ¿verdad? Si estamos en una misión desde la infancia, nuestra misión es rescatar y sanar, no solo porque queremos, sino porque psicológicamente lo necesitamos. Tenemos una necesidad.

Mal Slavin y Daniel Kriegman tienen un gran artículo sobre eso, la necesidad del analista de ayudar y sanar. Queremos seguir diciendo que sí, y se vuelve difícil decir que no. Además, nos encantan las nuevas historias. Es tan emocionante conocer a un nuevo paciente. Me encanta conocer a un nuevo paciente, generalmente. Hace difícil decir que no. Y, otra vez, perdemos el rumbo de nosotros mismos de todos modos, así que, por supuesto, no diremos que no si no tenemos cuidado. Y esto es cierto para los clínicos jóvenes, y también para los mayores. Martin Bergmann básicamente murió en su sillón con casi 100 años. Estaba a punto de

cumplir los 100, todavía en práctica a tiempo completo. No creo que aceptara muchos pacientes nuevos, pero no quería reducir el ritmo o no podía realmente, dada su psicología. Es admirable. Es maravilloso. Qué suerte tenemos de tener esta oportunidad, de ojalá, seguir trabajando.

Y, sin embargo, quizá le pasó factura. En mi libro editado "La subjetividad del analista", Bergmann dijo que lo más difícil de ser un analista anciano era que se cansaba de que la gente le preguntara si iba a morir. Todos llegaban y decían: "Me preocupa que mueras, me preocupa que mueras". Pero es una profesión en la que podemos crecer y vivir y permanecer durante muchos, muchos, muchos años, y ser diferentes a lo largo de los años en el trabajo.

Emmanuel: Evolucionamos con nuestros pacientes.

Steve Kuchuck: Evolucionamos con nuestros pacientes, ojalá.

Paulina: Usamos el psicoanálisis de diferentes maneras. Tal vez en un grupo o en el ejemplo que diste con el hijo de tu amiga. De otra manera, creo que podemos pensarlo.

Steve Kuchuck: No hace mucho, ese mismo niño, que ahora es un joven, decidió que quería un tratamiento real. Y me dieron celos. Yo quería seguir siendo el terapeuta. Me gustaban los donuts y pasar tiempo con él. Sí, hay nuevas formas de estar con nuestros pacientes y nuevo trabajo por hacer. Cuando enseñas y descubres nuevas teorías y escribes y haces otras cosas, estás ahí fuera de diferentes maneras. Haces más trabajo de consultoría. Puedes hacer supervisión de una manera que se convierte casi en un híbrido entre tratamiento y consulta, si trabajas mucho con la subjetividad del analista. En fin, podríamos seguir otra hora.

Emmanuel: Hemos podido repasar la mayoría de las preguntas. Ha sido genial hablar contigo, conocer un poco más tu forma de pensar, y tener esta conversación contigo; ha sido una gran experiencia.

Steve Kuchuck: Aprecio tu pensamiento, tu corazón y tu mente. Muchas gracias. Gracias.

Emmanuel: Espero con ansias la conferencia de mañana y todas las cosas que vamos a hacer.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Ávila, A, Hernández, M, Justo, E, Rodríguez, C, Román, P. (2025). Entrevista con Daniel Shaw. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (2): 552-569. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info]
DOI: 10.21110/19882939.2025.190225