

Sobre las limitaciones del amor: Los sentimientos de romance y pérdida en pacientes y analistas, en Psicoanálisis¹

Steven Kuchuck²

IARPP, Nueva York

RESUMEN

El artículo explora la compleja dinámica del *amor analítico* en psicoanálisis, contrastando la visión clásica que lo patologizaba (como simple *contratransferencia erótica*) con el *giro relacional* que reconoce su potencial curativo. A través del caso de Sam, el autor muestra cómo un amor mutuo e intensamente gratificante entre analista y paciente, aunque sanador de traumas, se transforma en una defensa que impone *límites terapéuticos*. La tesis central es que este amor incesante puede obstaculizar la acción terapéutica al prevenir el *duelo* y la *pérdida* de la relación. Se cuestiona si la gratificación continua por el amor es más valiosa que la capacidad de enfrentar la finitud y la necesidad de decir adiós.

Palabras clave: amor analítico, límites terapéuticos, duelo y pérdida, contratransferencia erótica, giro relacional.

ABSTRACT

This article explores the complex dynamics of *analytic love* in psychoanalysis, contrasting the classical view that pathologized it (as mere Erotic Countertransference) with the *relational turn* that recognizes its healing potential. Using the case of Sam, the author shows how a mutual and intensely gratifying love between analyst and patient, while healing trauma, becomes a defense that imposes *therapeutic limits*. The central thesis is that this ceaseless love can impede therapeutic action by preventing mourning and loss of the relationship. It is questioned whether the continuous

¹ Texto de la conferencia en el Instituto de Psicoterapia Relacional/Ágora Relacional, Madrid, 27 de Junio de 2025. Traducción castellana de María Hernández Gázquez.

² STEVEN KUCHUCK es profesor en el Programa Postdoctoral de la NYU, donde imparte el curso "La subjetividad del psicoanalista: implicaciones teóricas y clínicas" en la perspectiva Independiente. Es psicoanalista, supervisor clínico y consultor en práctica privada en Manhattan, y también miembro del profesorado y supervisor en varios institutos psicoanalíticos de Nueva York y otros lugares. Sus artículos, capítulos de libros y libros se centran en la subjetividad del clínico y en la manera en que la persona del analista impacta y se ve impactada por el trabajo clínico. El Dr. Kuchuck forma parte de la Junta Directiva del *National Institute for the Psychotherapies* (NIP), de la *International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy* (IARPP), donde ha ocupado el cargo de presidente (2018-2021), y del Comité Ejecutivo del *Stephen Mitchell Relational Study Center*. Es coeditor de la serie de libros *Relational Perspectives* de Routledge y fue editor jefe de *Psychoanalytic Perspectives*.

gratification of love is more valuable than the ability to face finitude and the necessity of saying goodbye.

Key Words: Analytic Love, Therapeutic Limits, Mourning and Loss, Erotic Countertransference, Relational Turn.

English Title: "On the Limitations of Love: Feelings of Romance and Loss in Patients and Analysts in Psychoanalysis."

Cita bibliográfica / Reference citation:

Kuchuk, S. (2025). Sobre las limitaciones del amor: Los sentimientos del romance y pérdida en pacientes y analistas, en psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (2): 273-285. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190201

Independientemente de dónde o con quién se experimente, el amor puede *ser* o al menos *sentirse* peligroso. Ciertamente, nuestra historia analítica está repleta de ejemplos de amor o lujuria que desafían y, trágicamente, con demasiada frecuencia traspasan límites cruciales. Antes del giro relacional, se nos instaba sobre todo a borrar las respuestas afectivas y personales intensas hacia nuestros pacientes, o al menos a reconocer que eran únicamente inducidas por ellos. Aunque va más allá del alcance de este artículo explorar este ethos ya bien documentado con demasiado detalle, amar y ciertamente enamorarse de nuestros pacientes se experimentaba como un fenómeno tan inusual y aterrador, que normalmente se asumía que representaba problemas de contratransferencia y se consideraba distinto del llamado amor "real". Y del mismo modo, cuando *los pacientes nos amaban*, se denominaba "amor de transferencia". En otras palabras, cuando el amor -especialmente, pero no sólo la variedad romántica- florecía en la consulta, la mayoría de las veces se consideraba tóxico, iatrogénico y cualquier cosa menos el sentimiento vivificante y potenciador del crecimiento que a menudo se desarrolla entre dos personas que mantienen una relación íntima.

Así es como yo y muchos de nosotros fuimos formados originalmente.

Y por mucho que las cosas hayan cambiado, hace tan sólo unos años fui testigo de un debate en un lista de correo psicoanalítica en línea en el que se planteaba la pregunta: "¿Está bien amar a nuestros pacientes? No si es inevitable, ni siquiera si puede ser curativo, sino más bien, ¿está bien?

Varios miembros -algunos incluso analistas experimentados y respetados- afirmaron que lo que sentían era algo distinto al amor: cariño profundo, respeto, posiblemente incluso una versión de lo que solía llamarse amor de transferencia o contratransferencia, pero desde luego no lo que fuera de la sala de tratamiento llamaríamos amor. Otros reiteraron viejos argumentos sobre los peligros inherentes al amor. También hace varios años, Adrienne Harris y yo presentamos nuestro trabajo sobre Ferenczi en el todavía muy freudiano *New York Psychoanalytic Institute*, el instituto analítico más antiguo de Estados Unidos. En respuesta a mi capítulo del libro de Ferenczi sobre los usos terapéuticos del amor, los miembros se mostraron curiosos y abiertos -después de todo, nos invitaron a presentar. Pero también les seguía preocupando seriamente la idea de Ferenczi y de los analistas más contemporáneos de que toda la personalidad del clínico -en este caso, específicamente, los sentimientos amorosos- era potencialmente mucho más dañina por su probabilidad de interferir con la transferencia y bloquear el cambio y el crecimiento, que útil como ingrediente de la acción terapéutica.

De modo que el debate sobre el llamado amor "real" frente al amor de transferencia continúa -posiblemente incluso para algunos de nosotros, analistas relacionales. Menciono estos momentos de nuestra historia analítica y, para algunos, de la práctica actual, como telón de fondo de lo que sigue.

A pesar de estas pruebas anecdóticas de lo contrario, sigo reconociendo que hemos recorrido un largo camino desde que estas nociones dominaban, y desde un día en particular hace bastante más de 30 años, cuando mi primer analista, bastante clásico y normalmente muy silencioso, me sorprendió diciéndome que me quería. Ya no recuerdo el contexto en el que lo dijo, pero hubo un acontecimiento posterior aún más sorprendente y desorientador. Algunas semanas más tarde, le planteé lo significativo pero sorprendente que fue para mí escuchar esas palabras de su boca, sobre todo teniendo en cuenta su habitual estilo reticente y lo que yo entendía del psicoanálisis clásico. Esto pareció inquietarle. Afirmó que nunca habría dicho algo así, pero que tal vez era posible que me preguntara cómo sería para mí si él me quisiera. Por supuesto, nunca sabremos si en realidad escuché mal. Pero para mí estaba claro que se sentía nervioso y que, en cierto modo, le preocupaba haber cruzado la línea. Afortunadamente, otro día, este mismo analista fue capaz de asegurarme que aún podía mejorar con la terapia, cuando llegué preocupado porque no estaba enamorado de *él*, como había leído que se suponía que debía estar un paciente. Ojalá pudiera recordar la secuencia de aquellos acontecimientos.

Pero sí sé que, como muchos de nosotros, he estado luchando durante mucho tiempo -desde ambos lados del sofá- con la noción del amor analítico. Parece que he estado en buena compañía.

Sin duda, Freud luchó con estas cuestiones. En su trabajo seminal de 1915 "Observaciones sobre el amor de transferencia", va y viene entre señalar 2 tipos diferentes de amor, y reconocer la imposibilidad de separar la transferencia y el llamado amor "real", aunque como mencioné antes, sus seguidores se replegaron a la noción de dos formas diferentes de amor. También enfatizaron la importancia de que el terapeuta se abstuviera incluso de experimentar sus propios sentimientos amorosos. Incluso en una fecha tan reciente como 2015, Ogden sugiere que aunque el amor analítico no es menos real que otras relaciones amorosas, debemos tener en cuenta que el primero se desarrolla dentro de las limitaciones de la relación médico-paciente. Ogden parece sugerir que el amor analítico es a la vez igual y quizás también diferente de otras formas de amor, lo que recuerda la lucha teórica de Freud mucho antes.

En 2007 Jonathan Slavin, escribiendo sobre el amor analítico, ofrece una visión general de parte de la importante pero limitada literatura sobre este tema. Nos recuerda que para Freud, el objetivo del tratamiento es liberar la capacidad del paciente para amar en la "vida real". Citando a Loewald en 1957, Slavin nos recuerda que el analista debe ser liberado para amar al paciente.

¿De qué otro modo puede el paciente liberarse para amar si el amor del analista permanece aprisionado? Del mismo modo, casi 30 años después, Jessica Benjamin se centra en el deseo de amor del paciente y el poder del analista para otorgarlo. Esta dinámica presenta un problema potencial y ciertamente una paradoja similar a la que abordará mi material clínico. Mientras que el analista puede proporcionar a la paciente el reconocimiento y el amor que anhela, la paciente a menudo acaba sintiéndose prisionera de este amor, aunque esté atada por una especie de esposas, en su mayoría doradas. ¿Cómo puede el paciente pasar de una posición de tutela a otra de autodominio? Esta pregunta transmite el aprisionamiento, la identidad que proporciona el otro -el terapeuta-, la necesidad de rendirse a la agenda y las percepciones del otro para lograr el ansiado amor. ¿Cómo, si es que se puede, se pregunta Benjamin, salir de esta dinámica de poder amorosa pero limitante? En el análisis, como ocurre también fuera de la consulta, el amor contiene todas sus características de afirmación y liberación, así como de aprisionamiento y atrofia.

Hasta ahora, mis propios escritos en este tema se han centrado en la acción terapéutica del amor del analista, y se basan en el trabajo de Harold Searles, Andrea Celenza e Irwin Hirsch, entre otros. Jody Davies es una de las primeras en elaborar los beneficios terapéuticos de reconocer una posición de contratransferencia erótica.

Davies menciona el aspecto curativo del amor erótico edípico y (más tarde) clínico para el paciente que puede no haber tenido nunca la oportunidad de ser adorado y ser objeto de el

interés romántico idealizado del padre. Al igual que el padre enamorado de su hijo, el analista que puede estar sintiendo no sólo amor, sino una profunda atracción por un paciente, puede utilizar este estado subjetivo de un modo que conduzca a experiencias de esperanza, agencia y satisfacción para los pacientes, incluso (o quizás especialmente) si el analista contiene estos sentimientos en lugar de articularlos. Mucho más recientemente, al discutir una versión anterior del trabajo que les presento hoy, Davies señaló que cualquier discusión sobre el amor analítico es, por definición, limitada o, como mínimo, cuestionada, dado que, al menos en inglés, todos los muchos y variados tipos de amor deben resumirse en una palabra singular.

Por lo tanto, sin el beneficio de un vocabulario más complejo, permítanme decir que, más específicamente, he estado particularmente interesado en el impacto del amor romántico, a veces erótico, del analista gay masculino en su trabajo con hombres heterosexuales que tuvieron padres ausentes, negligentes o abusivos. En tales casos, como ha sucedido en el tratamiento que compartiré a continuación, el afecto intensamente amoroso, a veces romántico y/o erótico, del terapeuta masculino, cuando está graduado para no inundar ni al terapeuta ni al paciente, puede ser inmensamente curativo para estos pacientes varones heterosexuales. Por razones que tal vez sean obvias, esta es una categoría de pacientes que rara vez o nunca han tenido el beneficio de un primario masculino amoroso y afectivamente sintonizado u otro objeto significativo.

En la comunidad analítica relacional y contemporánea más amplia, ya no es sorprendente hablar del amor por nuestros pacientes y su amor "real" por nosotros y lo que eso despierta para cada parte. Aun así, como mencioné anteriormente, para muchos de nosotros puede haber una gran vergüenza, culpa y preocupaciones acerca de la policía analítica que todavía dificultan explorar más profundamente y compartir estos aspectos de nuestro trabajo.

En la consulta, para mí y para muchos de nosotros, a veces el amor, la lujuria y los sentimientos de estar enamorado, pueden sentirse pervertidos. Son estados y sentimientos que se confunden, mezclan y entrelazan fácilmente entre sí y con otros elementos de nuestro material psíquico. Cuando consideramos los factores subjetivos históricos, obtenemos un sentido más contextualizado y matizado de lo que significa para nosotros amar a nuestros pacientes de estas diversas maneras, y cómo nuestras historias pueden determinar lo que somos capaces de permitirnos sentir conscientemente y hacer uso de ello en el tratamiento. Para muchos analistas -ciertamente para mí- hubo que ocultar muchas cosas en la infancia. Esto era especialmente cierto en cuestiones de amor y sexualidad. Por supuesto, esto no es raro cuando se trata del amor entre personas del mismo sexo, especialmente para los que tenemos más de cierta edad, pero incluso para personas más jóvenes de algunas partes de

Estados Unidos y del mundo. A veces puedo sentirme como un bicho raro, amando a los pacientes y disfrutando tanto de ser amado por ellos. Otras veces, estos sentimientos amorosos simplemente me hacen sentir muy vivo. Pero, como he señalado antes, el amor puede dar miedo, en parte por lo que sabemos de las terribles violaciones a las que ha dado lugar en este campo o por nuestras propias luchas con la intimidad, el amor, la homofobia, etcétera.

Tengo la sensación de que, al menos para algunos de nosotros, puede resultar incluso más peligroso amar que odiar a nuestros pacientes. Y también puede suscitar culpa: las reglas y prohibiciones clásicas siguen proyectando una sombra muy clara y alargada. Lo que sigue es precisamente una historia de amor analítico, del que ya he escrito o contado versiones antes, y nunca sin mi propio residuo de esos mismos sentimientos que he estado describiendo. Esta vez, sin embargo, mi interés en el relato tiene menos que ver con la acción terapéutica de este amor, que con mis importantes preocupaciones acerca de las potenciales *limitaciones* clínicas de ese mismo amor.

Sam vino a verme por primera vez hace algo más de 25 años, cuando tenía veintitantos y luchaba con problemas de depresión, intimidad y ansiedad social. El padre de Sam, un aspirante a pintor, abandonó a su madre y a sus hermanos a una vida de pobreza cuando él tenía dos años, desapareciendo durante años y reapareciendo sólo para mantener un contacto esporádico, que normalmente se reducía a una llamada de cumpleaños al año. La madre de Sam continuaba añorando a su exmarido y oscilaba entre la negligencia y la dependencia excesiva, lo que hacía que Sam se sintiera demasiado expuesto, vulnerable y responsable de bienestar físico y emocional de su madre. En sendos ataques de ira con menos de un año de diferencia, su madre echó de casa a su querido hermano mayor y luego al pequeño, enviándolos a vivir con el padre, al que Sam apenas conocía.

También hubo otros traumas significativos en la primera infancia, como el episodio del juego sexual inapropiado iniciado por un adolescente del vecindario y la penetración anal por un hombre al que su madre apenas conocía, pero al que había pedido que hiciera de canguro una noche poco después de que el padre de Sam se marchara de casa.

En las sesiones, mi paciente está aterrorizado de que lo seduzca y lo penetre, ya sea física, sexual o de cualquier otro modo. En los primeros días, mantengo mis interpretaciones al mínimo y sobre todo me las guardo para mí, consciente de su fragilidad y sintiendo la necesidad de demostrar mi benigno cuidado, incluso sintiéndome no sólo estimulado eróticamente a veces, sino también inusualmente depredador, un sentimiento nada inusual cuando se trabaja con un superviviente de abusos sexuales. Los miedos de Sam a ser dieron lugar a deseos simultáneos o alternativos de excitarme sexualmente y de otros modos, y de

ser penetrado por mí. Entendí este deseo no sólo como un residuo del abuso sexual, sino también como un elemento de hambre paterna intensa, aunque más conscientemente sexualizada que para muchas personas. El deseo es que yo, a diferencia de su verdadero padre, quiera reclamarlo como mío, del mismo modo que él anhela ser mi hijo y mi pareja romántica, un amortiguador y una alternativa a su relación cargada de erotismo con su madre y sus abusadores. Esto aterroriza a Sam en nuestros primeros años, mientras se cuestiona su identidad sexual, sus preferencias, sus necesidades de dependencia y su seguridad en torno a -y su hambre de- un hombre. Es emocionante y más placentero en los últimos años, a medida que se siente más cómodo reconociendo su heterosexualidad y sus impulsos exhibicionistas creativos, eróticos y de otro tipo.

He sido capaz de contener y a veces disfrutar de mis fluctuantes sentimientos parentales, románticos y eróticos que contribuyen a -y surgen en respuesta a- sus propios estados de este tipo. Tengo la sensación de que, en el transcurso del análisis, esto ha ayudado a Sam a aprender a disfrutar de sus propios sentimientos amorosos y eróticos, inicialmente aterradores, incluido el deseo de excitarse sexualmente y permitirse excitarse sexualmente -principalmente con mujeres- sin sentir que su apetito sexual será incontrolable y destructivo. En el tratamiento, al igual que con el hijo de André Green de la madre o el padre (emocionalmente) muertos, el anhelo de intimidad física y emocional se sexualizó en Sam en un esfuerzo por despertar, resucitar y curar sus objetos internos abandonados y violentos y, después, los míos. El deseo sexual, o al menos su deseo de que yo lo desee a él, se manifiesta en su fantasía de comprarme como lo haría con una prostituta. Con respecto a tener que compartirme con otros pacientes, se pregunta: "¿Cómo puedes tener tantos amantes? ¿Cómo puedo sentirme bien con esta relación abierta?". Normalmente me siento halagado y a veces excitado por esta atención, el radiante padre-amante que ambos hemos anhelado.

A pesar de todo, Sam se estaba enamorando de mí y, en varios momentos y de diferentes maneras, los sentimientos han sido mutuos.

Como sucede con todas nuestras respuestas subjetivas a todos nuestros pacientes, mi contratransferencia inducida, y mis respuestas de transferencia a Sam, cambiaban según qué objetos internos se removían y cuál de nuestros estados del self intersubjetivamente determinados dominaba. Así, no siempre me excitaba o fantaseaba con una unión romántica o sexual con Sam. A veces, me sentía más o menos paternal, maternal, a veces desinteresado, enfadado, indefenso o dependiente, como podría sentirme con un hermano, un amigo o con mis propios padres. Pero, por supuesto, como ocurre a menudo, con este paciente en particular han prevalecido dinámicas particulares. La mayor parte del tiempo, el amor de

Sam nos parecía el de un niño pre-edípico o edípico por su padre, y despertaba mis propios anhelos de tener un hijo y un padre, y más concretamente, despertaba mi deseo de ser su padre de una forma que ninguno de los dos habíamos experimentado con nuestros propios padres. Con el paso del tiempo, la transferencia pasó de sentirse un *como-sí* que podría quererme y *desear* que fuera su padre, a un amor real y cada vez más profundo y a expresiones de aprecio y gratificación por tenerme como su supuesto padre *real*. Con el paso de los años, la transferencia-contratransferencia padre-hijo se ha convertido en algo que se parece menos a un espacio transicional basado en la fantasía y más a una relación padre-hijo real.

Durante un periodo en el que él y su mujer estaban decidiendo si tener hijos o no, Sam me preguntó si yo tenía hijos, pero sólo quería que le contestara si no los tenía.

Cada año, en el Día del Padre, habla de su deseo de regalarme una tarjeta y un obsequio, y a veces lo hace. Y más recientemente, al darse cuenta de la cantidad de veces que se enamora fugazmente de sus alumnas femeninas de posgrado, se pregunta -implorante- cómo es posible que yo no esté enamorado de él. En otras ocasiones, piensa en un futuro en el que yo soy viejo y dependiente; él ayuda a cuidarme. Aunque me resulta difícil creer que yo vaya a permitir alguna vez que eso ocurra, como alguien que a veces se preocupa por envejecer sin hijos, la fantasía de Sam ahora es a veces también la mía. En esos momentos, me siento conmovido y reconfortado, no sólo preocupado por mi transitoria apertura a imaginar esta posibilidad. Reconozco que él ha prosperado en gran parte gracias a nuestro particular encaje intersubjetivo, como ya he escrito en otras ocasiones. Pero con el paso de los años, también he tenido algunas preocupaciones serias sobre las que no había escrito hasta ahora. Estas preocupaciones llegaron a su punto álgido en septiembre del año pasado, cuando Sam me regaló una botella de champán para celebrar nuestro 25 aniversario y una tarjeta en la que me decía que esperaba con ilusión los próximos 25 años.

Aunque se trate de un fenómeno relativamente nuevo y aún no suficientemente estudiado, los analistas contemporáneos están empezando a saber más sobre el potencial de curación que ofrece el amor analítico, como ya he mencionado antes. Pero también existen peligros terapéuticos -o al menos limitaciones- que se señalan aun con menos frecuencia en la literatura relacional.

Aunque haya solapamiento, en su mayor parte difieren de los antiguos cuentos *clásicos* con moraleja acerca de la violación de los límites, la gratificación excesiva de los pacientes y la ruptura de la neutralidad, que nos sirven bien como punto de apoyo dialéctico cuando la subjetividad del analista se cierne sobre nosotros y amamos profundamente. Pero quizás porque nos sentimos tan aliviados de que se nos dé "permiso" para hacer buen uso de toda la

gama de nuestros sentimientos amorosos y los de los pacientes, en lugar de asumirlos como patológicos, a veces podemos pasar por alto las limitaciones inherentes al amor.

El deseo de mi paciente para los próximos 25 años de tratamiento no era nuevo para mí. Llevaba años declarando que nunca dejaría de venir a verme, que el trabajo le seguía pareciendo útil y que no podía imaginarse un momento en el que no sintiera que era importante, o un día en el que no quisiera verme. Habiendo sobrevivido a numerosas formas de privación, a menudo se preguntaba por qué demonios iba a elegir a propósito privarse de nuestra relación. En los primeros años de estas declaraciones, yo indagaba suavemente para ver qué apertura podría haber para contemplar las ventajas de terminar algún día, pero esto nunca nos llevó muy lejos. Estoy seguro de que esto ha tenido algo que ver con mis propios fuertes sentimientos de amor y, por lo tanto, una reticencia a considerar tener que decir adiós alguna vez. Dicho esto, por supuesto que tengo estados del self que me permiten pensar en la inevitabilidad de las despedidas y en la necesidad de ayudar a los pacientes a imaginarlos.

Pero la verdad es que estoy de acuerdo en gran medida con sus formulaciones sobre por qué es mejor que esta terapia en particular continúe hasta que la muerte nos separe. Incluso después de dos décadas, el trabajo sigue siendo generativo y la relación tiene una importancia primordial para Sam. Por lo tanto, mi pregunta no es tanto si está *bien* que este paciente continúe con el tratamiento sin terminación, si eso es lo que sigue queriendo. Esa es una pregunta importante, relacionada con nuestro proyecto, y quizá tengamos tiempo de considerarla en nuestro debate. Pero la cuestión que me parece más importante plantear ahora, porque me parece la más central de este documento, es: ¿En qué circunstancias y de qué manera el amor analítico podría *obstaculizar* la acción terapéutica en lugar de *promoverla*?

A modo de respuesta inicial, permítanme mencionar en primer lugar que, por supuesto, siempre debemos preguntarnos hasta qué punto el amor sirve como defensa contra la ira y la agresión, o las excluye de algún otro modo, y viceversa cuando el sentimiento predominante es el odio o cuando domina cualquier polaridad. En relación con lo anterior, incluso cuando el abuso no forma parte de la propia historia, el poder a menudo se sexualiza. Debido a la diferencia de poder inherente a la terapia, ésta es una de las razones por las que lo erótico puede convertirse en una dinámica central tanto para el analista como para el paciente, esté o no presente el amor. Robert Stoller cree que la hostilidad es un componente de la mayoría de las excitaciones sexuales, que sirve como "un intento de deshacer traumas infantiles... que amenazaron el desarrollo de la propia masculinidad o feminidad".

Pero no veo nada de eso como un problema central en este tratamiento. En parte por las razones que acabo de señalar, Sam comenzó el análisis lleno de agresividad y desconfianza.

A lo largo de los años, no le ha costado mucho acceder a sentimientos negativos, a menudo de ira e incluso de odio hacia mí, como yo hacia él. En esta terapia y tal vez en muchas otras, el desafío no es tanto el amor como prevención del sentimiento y el trabajo a través del odio, sino más bien, el amor como prevención del duelo, que creo que es una respuesta primaria a la pregunta de cómo el amor analítico obstaculiza, y es ciertamente central en este caso.

Sin una contemplación más profunda del posible final y de la pérdida, la capacidad de explorar nuestros límites relacionales y existenciales más amplios queda secuestrada. Lo contrario también es cierto. Sin poder reflexionar sobre los límites de nuestra relación, la posibilidad de terminar permanece disociada. Creo que este es en gran parte el motivo por el que tantos estudios muestran que los beneficios terapéuticos siguen aumentando tras la finalización del análisis. En otras palabras, es muy probable que haya un componente clave del proceso de duelo que permite que los insights, los cambios de objeto internos y otros éxitos terapéuticos se integren y consoliden más plenamente de lo que lo harían sin tener que decir adiós. El duelo se desarrolla no sólo cuando el paciente toma conciencia de las limitaciones reales del analista y de la terapia, sino también a través de una forma particular de esas limitaciones, es decir, cuando los pacientes son capaces de aceptar la naturaleza finita del tiempo a la que toda díada sucumbirá eventualmente.

Pero si el duelo comienza durante el análisis, sólo puede desarrollarse y resolverse -aunque nunca de forma absoluta- una vez que el trabajo de análisis se ha detenido.

Desde luego, Sam aún no ha llegado a ese punto. Emplea sentimientos de amor como defensa contra esta contemplación insoportablemente dolorosa de límites y finales inevitables. Sus fantasías de control omnipotente sobre mí le protegen de la aterradora impotencia a la que se vio expuesto cuando su padre se marchó. Conseguirá que le ame y le abrace para siempre como forma de conseguir por fin que su padre se interese lo suficiente como para quedarse y evitar que madre se desmorone. El intento de Sam de controlar quién le ama y durante cuánto tiempo interfiere, por supuesto, con el amor de sujeto a sujeto que asume la pérdida y la incertidumbre y la naturaleza voluntaria del amor. De hecho, la gente puede dejar de querernos, pero como mi paciente aún tiene que aprender, podemos sobrevivir a esa pérdida sin desintegrarnos. Sus relaciones amorosas externas (su matrimonio, por ejemplo) siguen líneas de falla igualmente inestables, pero al igual que *nuestra* conexión, son en su mayor parte apasionadas, duraderas y, por lo demás, muy funcionales.

Gran parte de nuestro trabajo ha girado en torno a la rabia, añoranza y pérdida de sus padres y hermanos. A lo largo de los años, a medida que se han ido reconociendo y procesando traumas, a medida que el dolor podía sentirse con más seguridad, y a medida que

la relación con parejas y otras luchas relacionales dentro y fuera de la oficina podían entenderse mejor como repeticiones y respetarse como batallas cuesta arriba pero posibles de ganar, algo cambió.

Comenzó a dominar la tristeza, entró en escena la empatía por sí mismo y por los objetos previamente disociados, y el duelo por sus horrendas pérdidas, y por las que sus padres y hermanos sufrieron a su manera, se convirtió en parte de nuestro trabajo. No me parece raro que fuera en este contexto en el que el amor se desarrollara y le ayudara a tolerar el afecto y otras tormentas sufridas como resultado de una historia traumática y un análisis intensivo.

No puedo afirmar con certeza que lo que yo veo como su sustitución por mí del añorado buen padre interfiriera significativamente o en absoluto en el necesario duelo de su familia. Me doy cuenta de que es muy posible que el jurado aún no haya deliberado al respecto. Pero creo que es muy probable que la intensidad de su amor y, aunque en menor medida, quizás *el mío*, y la naturaleza de nuestras cotransferencias interfieran en la capacidad de Sam de llorar por las limitaciones reales de nuestra relación. Las fantasías de eliminar a mis otros pacientes, ir al cine y a exposiciones de arte juntos, compartir comidas, ver la televisión en su sofá con su cabeza sobre mi hombro, puede que en ocasiones le lleven a anhelar algo, pero todavía no lo suficiente como para que le invada la tristeza, para que sienta la verdadera pérdida y limitación. Sin un mayor movimiento en esa dirección, es decir, una conciencia afectiva más plena y la elaboración de lo que significa que nunca podremos ser *verdaderamente* padre e hijo, amantes o incluso amigos íntimos, el duelo se inhibe y los logros de la posición depresiva mencionados anteriormente se vuelven menos alcanzables.

Gran parte de mi formación clásica original ha permanecido conmigo. Probablemente tiendo más hacia el extremo contenido y tranquilo del espectro que algunos de mis colegas relacionales. Pero trabajo desde una postura relacional en la que no lucho reflexivamente por ocultar todos los pensamientos y sentimientos, y en la que reflexiono internamente y a menudo con mi paciente sobre el impacto mutuo de nuestras subjetividades. Por lo tanto, supongo que proporciono un entorno mucho más gratificante que el que mis antepasados clásicos y yo mismo podríamos haber prescrito. Mi preocupación por la gratificación, en este y otros casos, tiene mucho menos que ver con el bloqueo de la aparición de material pulsional que con la posibilidad de cerrar el espacio transicional. Podemos referirnos a gratificación, provisión de recursos, experiencia emocional correctiva o amor sin intentar escondernos tras una neutralidad absoluta. Independientemente de cuál de estos términos empleemos, cuando el amor surge y es sentido con tanta intensidad por el paciente, el espacio de fantasía transicional y reflexivo necesario para que se desarrolle todo el potencial terapéutico a veces se desmorona. Lo simbólico se derrumba en lo concreto o literal.

Esto, de hecho, ha sido a menudo una crítica lanzada a los relacionales e interpersonales. Dado que estamos dispuestos a ser objetos "reales" y tratar con los elementos supuestamente conscientes del aquí y ahora en lugar de adoptar una posición "neutral" y explorar sólo lo intrapsíquico (como si el aquí y ahora y lo intrapsíquico existieran sólo como consciente o inconsciente y pudieran incluso separarse), corremos el riesgo de perder oportunidades de explorar material más inconsciente y basado en la fantasía. Sin embargo, independientemente de los argumentos teóricos, creo que en este y otros casos en los que lo llamado "real" sustituye o domina al "como si", hay ganancias y pérdidas potenciales. Lo que a menudo queda tras esos fuertes sentimientos de amor -como en el caso de Sam- es una buena trayectoria y la certeza de que se ha logrado una sustitución literal y exitosa de los padres o de otra relación amorosa. Pero como se mencionó anteriormente, aunque a menudo es un componente importante de la acción y el éxito terapéuticos, *esta* versión del amor analítico también puede interferir con limitaciones y duelos sentidos que de otro modo serían necesarios.

Como ocurre con cualquier análisis en curso, no se puede predecir dónde acabaremos Sam y yo. Pero a menos que su amor (y quizá *el nuestro*) pueda evolucionar de forma que nos lleve a una experiencia más plena de lo que ninguno de los dos puede llegar a tener, creo que probablemente sólo podrá llegar hasta cierto punto. Y sin embargo, aunque soy muy escéptico, admito que a veces me pregunto: ¿podría darse una situación en la que una experiencia continua de este tipo de amor analítico fuera incluso más importante que sentir y llorar las limitaciones, más importante que *imaginar*, si no decir *realmente* adiós? ¿O podría ser simplemente nuestra versión de una *folie à deux*? Cuando se siente que el amor sacia y cura -incluso resucita-, cuando Sam y otros pacientes se sienten incapaces *de contemplar siquiera* la pérdida y el dolor aparentemente evitables, ¿qué se puede hacer? ¿Cuánto pierden nuestros pacientes cuando ellos -o nosotros- amamos tanto?

REFERENCIAS

Kuchuck, S. (2013) When Two Become Four: Patient, Analyst, Lover, Friend. *Psychoanalytic Perspectives* 10:220-234

Kuchuck, S. (2016) Challenging Fathers. *Psychoanalytic Perspectives* 13:305-310

Kuchuck, S. (2016) The Supervisory Action of Psychoanalytic Writing: A Discussion of Rachel Altstein's "Finding Words: How the Process and Products of Psychoanalytic Writing Can Channel the Therapeutic Action of the Very Treatment It Sets Out to Describe". *Psychoanalytic Perspectives* 13:79-88

Kuchuck, S. (2017) From Ghost to Ancestor: Sándor Ferenczi's Impact on Clinical Social Work. *American Journal of Psychoanalysis* 77:146-162

Kuchuck, S. (2018) A Note from the Editor-In-Chief. *Psychoanalytic Perspectives* 15:1

Kuchuck, S. (2018) The Analyst's Subjectivity: On the Impact of Inadvertent, Deliberate, and Silent Disclosure. *Psychoanalytic Perspectives* 15:265-274

Kuchuck, S. (2019) Swimming into the Waves: Commentary on Annee Ackerman's "First Encounters with Erotic Desire in Treatment". *Psychoanalytic Perspectives* 16:19-24

Kuchuck, S. (2019) Farewell: In Remembrance of Lewis Aron. *Psychoanalytic Perspectives* 16:229-232

Kuchuck, S. (2019) Note from the Editor-in-Chief: A Second Farewell. *Psychoanalytic Perspectives* 16:233-234

Kuchuck, S. (2021) Introduction to "Working in the Midst of the Covid-19 Crisis: What Can Relational Psychoanalysis Offer?". *Psychoanalytic Perspectives* 18:344-346

Kuchuck, S. (2021) To a Promised Land: Viral Dreams and Collective Trauma in the Era of COVID-19. *Psychoanalytic Perspectives* 18:178-188

Kuchuck, S. & Sopher, R. (2017) Relational Psychoanalysis Out of Context: Response to Jon Mills. *Psychoanalytic Perspectives* 14:364-376

Ortúzar, B. & Kuchuck, S. (2022) A Last Interview with Lewis Aron (Introduction). *Psychoanalytic Perspectives* 19:365-367

Ortúzar, B. & Kuchuck, S. (2022) A Last Interview with Lewis Aron: Recorded in June 2018, New York City. *Psychoanalytic Perspectives* 19:368-381

Original recibido con fecha: 10/06/2025 Revisado: 20/09/2025 Aceptado: 01/10/2025