

El seguimiento de la subjetividad del psicoterapeuta y su impacto en el tratamiento¹

Steven Kuchuck²

IARPP, Nueva York

RESUMEN

El autor argumenta que la *subjetividad del terapeuta* es inevitable e impacta crucialmente la *acción terapéutica*, criticando la formación que exige ocultarla. Mediante el caso de Bob, se ilustra cómo la propia identificación del analista facilita la sintonía y la curación. Se aboga por superar la vergüenza profesional y la prohibición teórica para explorar esta subjetividad. El autor sugiere que la simple *contemplación de la autorrevelación* (la *revelación silenciosa*) es clave para acceder al material disociado y lograr un trabajo clínico más efectivo.

Palabras clave: subjetividad del terapeuta, acción terapéutica, revelación silenciosa, contratransferencia.

ABSTRACT

The author contends that *therapist subjectivity* is inevitable and crucially impacts *therapeutic action*, criticizing training that demands its concealment. Using Bob's case, it is shown how the analyst's own identification facilitates attunement and healing. The author advocates for overcoming professional shame and theoretical prohibition to explore this subjectivity. It is suggested that the mere *contemplation of self-disclosure*, (*silent disclosure*) is key to accessing the analyst's dissociated material and achieving more effective clinical work.

Key Words: therapist subjectivity, therapeutic action, silent disclosure, countertransference.

¹ Texto presentado en Ágora Relacional, Madrid, el 28 de Junio de 2025, en el marco del Programa de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional, trayectoria intensiva. 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*.

English Title: "Tracking the psychotherapist's subjectivity and its impact on treatment."

Cita bibliográfica / Reference citation:

Kuchuck, S. (2025). El seguimiento de la subjetividad del psicoterapeuta y su impacto en el tratamiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (2): 286-294. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190202

Bob y yo llevamos trabajando juntos unos dos años. Él es juvenil, del tipo de los creativos de mediana edad, y tanto él como su mujer fueron estrellas académicas y lo que podría llamarse superdotados. Tienen problemas con su hijo adolescente, que parece ser brillante y tener dotes creativas, pero está lejos de ser una estrella académica. Bob acudió a mí con una serie de problemas infantiles, removidos en parte por luchas de poder y de otro tipo con su querido pero enloquecedor hijo. Por supuesto, podríamos tomar muchos caminos distintos, con esta breve presentación del caso. Podría contarles más sobre la historia de Bob con un padre ausente y una madre exigente y adicta al alcohol, que empujaron a mi paciente a ganarse su lugar como "niño dorado", extensión narcisista y cuidador. Podría contarles mucho más sobre los desafíos resultantes que tuvo que enfrentar y cómo -como se imaginarán- estas dinámicas llegaron a atormentarlo en sus relaciones románticas y ahora como padre. Podríamos hablar sobre las intervenciones que he ido probando: el intento de mantener un equilibrio entre sostener e interpretar, la trayectoria de transferencia-contratransferencia. Esta sería una forma comprensible de proceder y lo que podríamos esperar al examinar un caso juntos. Pero para nuestros propósitos de hoy, quiero centrarme principalmente en mis respuestas subjetivas a Bob e indirectamente, a su hijo, antes de lanzarnos a una discusión más amplia de cómo he llegado a pensar sobre este aspecto del tratamiento analítico.

Desde el principio, sentí una fuerte identificación con el hijo de Bob -al que Bob adoraba, del que hablaba constantemente y con el que se identificaba claramente- y una identificación con Bob como niño. Debido a las limitaciones de tiempo, no voy a entrar demasiado en mi propia historia en este momento, aunque por supuesto esta es un área que necesita ser explorada profundamente para poder trabajar con los pacientes de la manera en la que nos vamos a centrar hoy. Pero debo mencionar aquí que, por supuesto, las identificaciones particulares nacen de la historia de la infancia, en este caso, en torno a algunas de mis propias luchas y las de mi hermano pequeño. Y en la medida en que

podamos conocer realmente estas cosas, tengo la sensación de que fue en gran medida mi identificación con el niño de Bob (y por tanto, por extensión, Bob como niño y adulto) y mi deseo -quizá incluso mi anhelo- de cuidar de él lo que me permitió identificarme con cada uno de ellos. Mi identificación y anhelo me motivaron a sintonizar empáticamente con mayor precisión y a intervenir -mediante preguntas, interpretaciones y sugerencias de crianza- en formas que parecían ser útiles.

Mi identificación con su hijo me permitió entender algo de lo que este chico podía estar sintiendo y, por lo tanto, me permitió ayudar a Bob a comprender mejor su impacto sobre él. Esto, a su vez, ayudó a Bob a entender por qué y cómo tendría que cambiar su comportamiento. Estas son algunas de las formas en que nuestra subjetividad se convierte en parte de la terapia. Los pacientes sienten y conocen elementos de nuestra subjetividad -quiénes somos- del mismo modo que nosotros conocemos la suya.

Estos elementos de nuestra subjetividad multiplican e intensifican la transferencia y la proyección. En este tratamiento, las dinámicas implícitas y explícitas paciente-analista padre-hijo se incubaron en una habitación llena de objetos conflictivos padre-hijo, mi propio deseo de ser padre y lo que James Herzog denomina hambre de padre. Por lo tanto, estas dinámicas se convirtieron en un componente de la acción terapéutica.

No es necesariamente cierto que no hubiera sabido qué interpretaciones hacer o cómo ofrecer orientación a los padres sin mi historial específico y mi configuración psicológica. Tampoco es cierto que un clínico diferente con una historia diferente no podría haber sido igual de útil o más. Pero creo que merece la pena subrayar que es en estos momentos clínicos cotidianos y ordinarios en los que estamos llamados a recurrir a *nosotros mismos* tanto o más que a cualquier conocimiento teórico. Incluso podríamos decir que la teoría siempre está saturada de la subjetividad del analista. Con el tiempo, Bob me cuenta que nuestro trabajo les ha ayudado a él y a su hijo a tener una relación más estrecha y afectuosa. Me conmueve ver cómo esto se desarrolla. Como él es más capaz de ser padre, su hijo se libera para amar a su padre de forma más generosa y menos ambivalente, y los duros introyectos paternos de mi paciente se mitigan, se suavizan. Me siento más conectado cariñosamente tanto con mi paciente como con su hijo, de manera que me ayuda a calmar mis propias representaciones paternas/representaciones de sí mismo internalizadas cargadas negativamente, quizás incluso liberándome para trabajar con este paciente y con otros en formas más enriquecedoras, generativas y efectivas.

Para la mayor parte de mis escritos y enseñanzas actuales tengo un objetivo bastante

singular. Como alude esta viñeta, se trata de ampliar el estudio más allá de la teoría centrada en la psicología de nuestros pacientes y la técnica clínica, para incluir un examen más cuidadoso de los acontecimientos vitales del terapeuta y otros fenómenos subjetivos históricos y actuales. Por subjetividad entiendo todo lo relacionado con el ser físico o psicológico del terapeuta. Me interesa especialmente cómo estos acontecimientos, crisis y otros factores personales afectan al tenor de la presencia del terapeuta en la consulta de tratamiento, y cómo afectan e interactúan con las elecciones clínicas. Más que una teoría de la subjetividad del analista en la medida en que influye en el tratamiento, parece que, salvo cuando surge en casos de impasse y de enactment, evitamos abordar públicamente el tema.

Quiero mencionar que me doy cuenta de que la mayoría o todos nosotros ya estamos trabajando activamente de esta manera en nuestras consultas, examinando el impacto de nuestra subjetividad, incluso si el grado en que lo hacemos varía de un terapeuta a otro o en distintos momentos de nuestras vidas. Sin embargo, independientemente de lo mucho que integremos o no este aspecto del trabajo, no me parece que hablemos de ello -o teorizamos sobre sus elementos- lo suficiente, y ésta es la conversación que espero que podamos mantener hoy. Puede que mi enfoque aquí sea bastante específico, pero por supuesto no pretendo sugerir que mi perspectiva deba sustituir a la interpretación, el análisis de los sueños o cualquier otro elemento de la terapia.

Y para que quede claro, no estoy sugiriendo que nuestra subjetividad *deba* afectar a nuestros pacientes, sino más bien que *inevitablemente* lo hace, y que necesitamos hacer un buen uso de este hecho. Este es un punto de controversia para algunos freudianos clásicos y psicólogos del Self, que creen que parte del trabajo del analista es asegurarse de que su subjetividad no afecte al paciente. Yo diría que esto es imposible y que pensar lo contrario puede incluso causar daño.

En cuanto al vínculo entre la conciencia subjetiva del terapeuta y la autorrevelación que muchos han planteado cuando expongo este tema, no defiende la autorrevelación *deliberada* como algo distinto a una opción válida que debe mantenerse en tensión con la protección del derecho del paciente a no saber cosas sobre nosotros -- más sobre esto más adelante. Más bien, mi proyecto es enfatizar el reconocimiento de la inevitabilidad de la revelación *inadvertida* y, especialmente, el impacto del analista como persona en el paciente. En relación con esto, sugiero que, como profesión, intentemos superar o al menos abordar la vergüenza, la vulnerabilidad y las anticuadas prohibiciones teóricas que impiden la exploración de la subjetividad del terapeuta en la literatura.

Mis libros y otros escritos sobre este tema han pretendido ser una corrección a las primeras experiencias en mi formación en un instituto freudiano. Allí, las enseñanzas eran "alto y claro", y consistentes.

Se repitieron en el aula, en la supervisión y en mi primer análisis. Nos enseñaron que, pasara lo que pasara, no debíamos permitir que nada de nuestra propia subjetividad interfiriera en el tratamiento. De una forma u otra, ésta es una lección que todavía impregna algunos programas de formación, independientemente de la orientación teórica declarada. Es una enseñanza que sigue existiendo como fantasma profesional para muchos de nosotros, incluso cuando nos hemos formado en métodos más contemporáneos

Hay otras razones que explican la falta de literatura sobre este tema. Muchos de nosotros nos sentimos atraídos por la profesión en parte como una oportunidad para escondernos, para enterrar nuestros sentimientos y deseos en aras de rescatar primero a nuestros padres y ahora a los pacientes. Muchos terapeutas tienen fuertes tendencias masoquistas nacidas de tragarnos nuestras necesidades para poder jugar a ser cuidadores desde la infancia. Cuando teorizamos y escribimos, una extensión natural de esta dinámica emerge en un enfoque casi exclusivo en la psicología del paciente en lugar de la nuestra, como había sido el caso en nuestra infancia, formación y, a menudo, en nuestra práctica. Por supuesto, hay excepciones, especialmente cuando escribimos sobre el *impasse* y *enactment*. El dictamen de Sullivan de que "todos somos más humanos que de otra manera" podría ser nuestra identificación e intención conscientes, pero la escisión entre la noción del analista **sano** que trata al paciente enfermo puede servir a necesidades defensivas y se basan en sólo el análisis del paciente: una psicología de una sola persona. Esta división funciona principalmente con el propósito de mantener alejada la vergüenza y que fluyan las derivaciones: "mira lo sabio y compuesto que soy". Es una escisión que nace de heridas tempranas, mandatos en la formación, nuestro ideal de ego profesional y presiones culturales que refuerzan la noción del clínico poderoso y "totalmente analizado".

Qué carga tan pesada. ¿Qué precio pagamos por dejar de lado nuestra subjetividad, ya sea por indicación clínica o por determinación defensiva? Conocemos las ventajas clínicas, pero ¿qué hay de las desventajas, qué se pierde cuando hacemos esto? Hasta cierto punto, las respuestas a estas preguntas vienen determinadas por lo que nos motiva a enterrar nuestra subjetividad: quiénes somos. ¿Estamos cediendo a presiones

teóricas para hacerlo? ¿Nos avergonzamos de nuestras experiencias vitales o características personales? Sea cual fuere el origen, cuando nos sentimos obligados o incluso presionados a ocultarnos, solemos sentirnos culpables, avergonzados y probablemente resentidos cuando inevitablemente fracasamos en esta tarea. En aquellos casos en los que sentimos más permiso y oportunidad para crear un espacio para nuestra subjetividad, las consecuencias negativas de privilegiar la experiencia del paciente (algo que, por supuesto, debemos hacer) siguen siendo significativas, aunque a menudo menos extremas.

En las últimas décadas hemos aprendido que cuando reprimimos nuestra subjetividad, hacemos que partes vitales nuestras sean inaccesibles. Necesitamos acceder a estas partes nuestras -nuestros sentimientos, percepciones, ensueños- para sentir y conocer el material disociado de nuestros pacientes, a menudo proyectado e identificado proyectivamente en nosotros.

Además, estos son nuestros estados del self con los que necesitamos mantener el contacto para comprender quiénes somos para nuestros pacientes y cómo les impactamos. Los estados "no yo" del analista pueden resultar confusos para un paciente que los percibe y lucha por comprobar la realidad y sentirse validado en sus percepciones. También son fragmentos de nuestra subjetividad que necesitamos sentir y conocer para comprender cómo afectan a la forma en que escuchamos y respondemos al material clínico. Si tengo tendencia a sentirme herido fácilmente y muy identificado con mi paciente, por ejemplo, ¿podría ser más probable que me identificara con sus autoafirmaciones de víctima y pasara por alto su independencia y agencia?

Los terapeutas contemporáneos conocemos las problemáticas implicaciones de pasar por alto nuestros datos subjetivos; no estoy diciendo nada nuevo al compartir esta observación. Cada uno de nosotros tiene innumerables ejemplos de material disociado -a menudo, pero no siempre, sexual o agresivo- recuperado en la supervisión, en nuestro propio análisis, como resultado del trabajo a través de impasses y representaciones. Una vez simbolizadas o recuperadas, estas cogniciones nos permiten comprender mejor nuestra propia dinámica y, por lo tanto, la de nuestros pacientes, así como el curso del tratamiento. Tanto yo como otros hemos escrito sobre situaciones en las que el reconocimiento de este contenido -la atracción sexual hacia un paciente, por ejemplo- ha permitido una mayor comprensión diagnóstica o ha mejorado realmente la acción terapéutica.

Pero aunque la importancia de examinar nuestra subjetividad ya es de dominio

público, creo que a menudo se descarta el tema porque sabemos que la disociación es inevitable y está fuera de nuestro control consciente, o porque se considera un territorio prohibido para la exploración, incluso en la literatura.

Esto nos lleva a un gran problema --no siempre -si es que *alguna vez*- podemos conocer plenamente nuestra subjetividad ¡y su impacto en los pacientes! Creo que sugerir lo contrario puede ser moralista, grandilocuente o directamente delirante. Es toda una paradoja. Podemos estar de acuerdo en que la integración de nuestras experiencias vitales y nuestra subjetividad es crucial para realizar un trabajo clínico más eficaz. Pero si estamos de acuerdo en que no podemos ignorar o restar importancia a este tema, a la vez que también reconocemos que los patrones de apego, la disociación y otros fenómenos inconscientes son sólo eso: inconscientes, y por tanto no pueden ser accesibles a la fuerza y utilizados conscientemente, ¿qué podemos hacer? Por desgracia, el tiempo me impide explorar más a fondo las respuestas a esta pregunta, pero permítanme mencionar muy brevemente que creo que hay formas de entrar en contacto con material subjetivo al que de otro modo sería difícil acceder, y quizás tengamos tiempo de hablar de ello durante nuestro debate. Escribir puede ser una forma. He aquí otra.

Para terminar, y para seguir abordando esta cuestión sobre el acceso a nuestra subjetividad, que de otro modo estaría disociada, permítanme decir lo siguiente.

Anteriormente mencioné que considero el trabajo con nuestra subjetividad como un proceso principalmente interno con ramificaciones significativas para los pacientes. Contrariamente a ciertos estereotipos sobre los analistas relacionales, en mi opinión, trabajar con nuestra subjetividad no significa necesariamente que compartamos más de nosotros mismos con ellos de manera intencional y deliberada. Para volver entonces al concepto de auto-revelación deliberada en lo que se refiere a la tarea más amplia de rastrear el impacto de nuestra subjetividad, sí, a veces es una técnica importante, pero un tema que tal vez tenga que esperar para otra conferencia. Porque lo que quiero subrayar ahora es lo siguiente. Creo que el mero hecho de **contemplar** si hacer o no una revelación, a menudo nos pone en contacto con nuestro contenido, de otro modo inaccesible, posiblemente disociado. Este contenido puede ser nuestro propio material psicológico histórico o actual, algo repudiado y tal vez proyectado en nosotros por nuestro paciente, o una tercera combinación de ambos. En cualquier caso, la contemplación de si revelar o no -simplemente considerar esta posibilidad- a menudo surge o conduce a una ensoñación parecida a la que describen Ogden y otros, y se convierte en una forma de recuperar datos subjetivos que de otro modo se perderían.

Llamo a este proceso interno "revelación silenciosa".

Ejemplo clínico: Mark habla de la enfermedad y el deterioro general de su madre. Me siento un poco distanciada, como si estuviera fuera y le oyera hablar desde lejos; no estoy con él tanto como quisiera. Empiezo a pensar en mi madre y en algunos problemas similares que ha tenido.

Recuerdo que a Mark le gusta saber más de mí de lo que suelo compartir. En las raras ocasiones en que revelo algo más personal o biográfico, lo aprecia y se siente más unido a mí. Al recordar esto, decido que voy a revelar un trozo de mi vida actual con mi madre. Empiezo a pensar en las palabras que podría utilizar para contarle mi experiencia con la enfermedad de mi madre, pero mientras lo hago mentalmente, siento que se me saltan las lágrimas. En ese momento, decido no revelarlo: sería demasiado desalentador para mí y, posiblemente, para mi paciente. Sin embargo, la contemplación en sí me ha devuelto a partes de mí que antes estaban disociadas y, por lo tanto, ahora estoy más presente en la sala. Éste es el valor de la revelación silenciosa: una forma de recuperar nuestra subjetividad, que de otro modo estaría disociada, y, por lo tanto, de poder volver más directamente a nuestro paciente).

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

NOTAS: