

# ENTREVISTA

## PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA

### DISCIPLINAS AFINES EN LA COMPRENSIÓN DE LO HUMANO

#### ENTREVISTA CON EL PROFESOR OTTO KERNBERG

---

REDACTOR: CARLOS ARTEAGA PALLARES\*

Esta entrevista se llevo a cabo en el marco del XL Congreso Colombiano de Psiquiatría, en el Hotel Tequendama de la ciudad de Bogotá (Colombia), el 12 de octubre de 2001. En ella participaron los Doctores Roberto Chaskel, Danilo Díaz-Granados, Luz Stella Núñez y Carlos Arteaga. Tuvimos la oportunidad de conocer a una persona erudita, cálida y dispuesta a dar lo mejor de sí, quien ha transitado por diferentes áreas de la teoría psicoanalítica y el psicoanálisis: investigación, docencia, clínica y terapéutica. Sin duda, una persona polémica y controvertida: para algunos, un “hereje” de la tradición psicoanalítica clásica y ortodoxa, que se ha apartado de los fundamentos y del rigor que exige esa teoría del conocimiento; para otros, un innovador, un pensador y un maestro que le ha dado a esa teoría un impulso, una apertura, un cambio, acercándola a otras vertientes del saber que él llama las “ciencias colindantes”. Sea como fuere, es interesante conocer su posición acerca de la comprensión de la “mente” humana, a través de sus estudios en diferentes campos, principalmente los trastornos de personalidad. ¡Que decidan los lectores!

El Profesor Otto Kernberg nació en Viena (Austria) y su familia emigró a Chile donde estudió Medicina y se formó como psicoanalista. A comienzo de los 60 emigró a Estados Unidos donde vive desde entonces. Es miembro de más 25 asociaciones médicas, psiquiátricas y psicoanalíticas nacionales e internacionales. Miembro del Comité Editorial de siete revistas. Autor de más 60 artículos en prestigiosas revistas, autor de siete libros y coautor de otros cuatro. Conferencista invitado en más de un centenar de eventos. Galardonado con múltiples distinciones en los últimos 30 años. Actualmente es el Director Médico del Instituto de Psiquiatría en la División de Westchester en Nueva York; Profesor Titular, Jefe Asociado y Director Médico del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Nueva York-Universidad de Cornell; analista supervisor del Centro para Investigación y Entrenamiento Psicoanalítico de la Universidad de Columbia en Nueva York.

---

\* Director Revista Colombiana de Psiquiatría

**RCP:** *¿Quién es Otto Kernberg para Otto Kernberg?*

**OK:** Esta parece una pregunta clínica para estudiar los trastornos de identidad... Me considero un psiquiatra y un psicoanalista, las dos identidades son para mi complementarias y no encuentro conflicto entre ellas. Por el contrario, aquellos que sienten que hay conflicto, o que piensan que un verdadero psicoanalista no puede ser psiquiatra, son muy ladinos para el psicoanálisis.

También soy una persona que siente que una de sus obligaciones fundamentales es tratar de contribuir con el desarrollo científico del conocimiento, a través de un área limitada de la investigación como es la psicopatología de los trastornos de personalidad y su tratamiento. Este es para mi un motivo de vida, motivo al que he dedicado cerca de 50 años y del cual me siento muy satisfecho, ya que he podido contribuir un poco...

**RCP:** *O mucho...*

**OK:** No importa. Ha sido una combinación de buena suerte y trabajo duro. Trabajo muy interesante porque ha despertado algunas ideas... por ejemplo, las razones para la existencia de la teoría psicoanalítica, problemas prácticos para esa teoría a través de las relaciones objetales. Mi interés por estudiar y tratar pacientes con trastornos de personalidad, se debe a que es uno de los aspectos más apasionantes del psicoanálisis, no sólo por compren-

der el inconsciente sino por proporcionarnos instrumentos para cambiar la personalidad. Cambiar la personalidad no por imposición controlada o a la manera cognitivo-conductual de darle instrucciones a la persona, sino a la medida de la resolución de sus conflictos inconscientes, creando una libertad interna que facilita tanto la autonomía como la adaptación. Ayudar a personas que en forma dramática o no arruinan su vida, me ha parecido un objetivo valioso como psicoanalista, como psiquiatra y como médico.

**RCP:** *¿Qué hace usted actualmente, cuál es su actividad?*

**OK:** Soy director de un Instituto de Trastornos de Personalidad del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cornell y trabajo con un grupo de colaboradores en el estudio de los trastornos de personalidad: contribución al diagnóstico diferencial, estudio de la psicopatología, especialmente de los factores psicodinámicos, pero también los factores biológicos, las correlaciones entre ellos y su tratamiento. He desarrollado un método de tratamiento psicoanalítico, Transference Process Psychotherapy (TPP), que es el único tratamiento de orientación psicoanalítica, de efectividad prolongada y estamos comparando su efectividad con otros métodos psicoterapéuticos.

Otra de mis actividades es la práctica privada de pacientes en psicoanálisis, en psicoterapia y como

consultor de casos difíciles para diagnóstico diferencial.

Una tercera actividad es mi participación en las organizaciones psicoanalíticas. Por muchos años he sido muy activo en la Asociación Psicoanalítica Internacional donde acabo de terminar un periodo de cuatro años como Presidente y donde continuo, como Past President, en su Comité Ejecutivo, muy preocupado por luchar a favor de varias ideas centrales que he cultivado durante años:

1. La investigación científica como algo fundamental para el futuro del psicoanálisis, como profesión y como tratamiento.
2. Si bien, a corto plazo, las relaciones públicas y verteerse hacia el mundo exterior son una manera de asegurar una posición para el psicoanálisis en el mundo que nos rodea, a la larga ese posicionamiento depende de su desarrollo científico y del reconocimiento de las ciencias colindantes.
3. Es necesario renovar la educación psicoanalítica. Yo represento una posición que algunos consideran extrema, por una crítica muy radical a esa educación tradicional, que me parece autoritaria y poco funcional.

Dicha educación nació, por muy buenas razones, de un modo particular, pero en su desarrollo se ha preocupado escasamente por establecer una metodología educacional que con el paso de los años ha llegado a no ser funcional. Creo, en

este momento, que con el fin de reforzar la investigación empírica y científica en general, y de movilizar el psicoanálisis hacia el enfoque científico, la educación psicoanalítica tiene que cambiar. Al respecto he escrito una serie de trabajos, con una crítica bastante seria, que algunos denominan “dura”, proponiendo métodos generales y concretos para lograr ese cambio. El nuevo Presidente de la Asociación, colega y amigo, quien comparte mis ideas de forma amplia, me ha encargado escribir un libro sobre educación psicoanalítica y a eso voy a dedicar los próximos meses, si es que no necesito más tiempo.

**RCP:** *¿Y su vida personal?*

**OK:** Soy casado, tengo tres hijos y cinco nietos. Mi mujer también es psiquiatra y psicoanalista de niños y adultos. Ella se ha especializado en aplicar las teorías de las relaciones de objeto y nuestros conceptos de trastornos de personalidad en el estudio de niños y adolescentes. Ha publicado varios libros al respecto y es miembro en el grupo de investigación de nuestro Instituto...

**RCP:** *Algo más sobre Usted...*

**OK:** También me ha preocupado por enseñar psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y reforzar los límites entre psiquiatría y psicoanálisis participando, cuando el tiempo me lo permite, en congresos internacionales y aceptando estudiantes (fellows), que vienen de todas partes del mundo, por periodos

variables, para aprender sobre diagnóstico y tratamiento en nuestro Instituto.

Además, soy lo que llaman “adicto al trabajo”, igual que todos ustedes, lo que significa que tengo una vida social limitada a pesar de ser bastante social, pero no se pueden hacer todas las cosas... Me gusta trotar, es el único deporte que practico... Me gusta el cine, el teatro, la literatura latinoamericana y alemana, especialmente la novela. Me interesa también la historia, en particular la historia contemporánea, y en ella la historia política porque se combina y está muy cerca de la política internacional, material que leo constantemente... He sido director de hospitales por más de 25 años, cinco hospitales psiquiátricos. Tengo formación en administración hospitalaria y he tratado de desarrollar las teorías psicoanalíticas en diferentes sitios y con diversos objetivos. Esto me ha contactado con problemas políticos de actualidad, violencia social y otros temas que relacionan mis intereses privados con mis intereses profesionales.

**RCP:** *¿Hay cosas que lo angustien?*

**OK:** Por supuesto. Quedar encerrado en mis propias ideas es una de ellas. Siempre tratamos de rodearnos y de estar en contacto con personas que piensan distinto y que nos permiten revisar nuestras teorías. Ha sido mi interés no hacer una “escuela”, no crear una tendencia monolítica, cuestión que desgraciadamente es bastante frecuente en psicoanálisis.

Me preocupa también la posibilidad de conexión con las ciencias colindantes, a pesar de mis conocimientos tan limitados... Claro, eso me frustra. No poseo formación filosófica pero pienso que son interesantes las relaciones entre el psicoanálisis y la filosofía. De igual manera, mis conocimientos neurofisiológicos son escasos, pero me parecen fundamentales los puntos de contacto entre el psicoanálisis y las neurociencias porque creo que ambas ciencias son primordiales para la psicología moderna.

Siempre tengo miedo de que las cosas que estoy planteando no estén suficientemente condensadas. Tengo alergia a la palabrería y a los cabos sueltos. Así, me preocupo enormemente antes de publicar por reducir el texto para evitar la dispersión. Esto hace que a veces las cosas que escribo parezcan oscuras, pero no he podido evitarlo, y prefiero eso a demasiadas palabras con relación a pocos conceptos.

**RCP:** *Usted nos decía que ha tratado de no crear una “escuela”. ¿Cree que existen escuelas en psicoterapia?*

**OK:** Si, existen escuelas en psicoanálisis. El psicoanálisis Kleiniano puro, el psicoanálisis Lacaniano puro, la psicología del yo pura... Y de psicoterapia, por supuesto existen. La cognitivo-conductual, la de Gestalt, la existencial... Desafortunadamente hay modas que se convierten en “cultos”. Hay una tendencia a exagerar los hallazgos que se encuentran y a generalizarlos, a



De izquierda a derecha: Danilo Díaz Granados, Luz Stella Núñez, Otto Kernberg, Roberto Chaskel y Carlos Arteaga

aplicarlos a todo. Esa dogmatización, es a mi juicio, una manifestación de inseguridad.

Trato de evitar declaraciones que cierta técnica es fantástica. No creo que todos los pacientes deben tener una psicoterapia, no todos los pacientes con trastornos de personalidad son candidatos a una psicoterapia psicoanalítica. Hay indicaciones y contraindicaciones. Hay psicoanalistas que no usan medicamentos por principio, aunque es obvio que los fármacos son útiles para muchos pacientes, aunque a veces ayuda al tratamiento y a veces lo afecta. En esto hay que ser muy práctico, muy empírico, pero al mismo tiempo hay que evitar un eclecticismo superficial, especialmente en lo teórico. Considero que es importante un modelo integrado en psicopatología, en oposición al uso de diversos modelos teóricos para diversos pacientes. Esto me parece falta

de honestidad intelectual.

**RCP:** *Usted planteaba que hay escuelas como la Lacaniana, la Kleiniana, pero que no comparte con esas escuelas, no cree que deben existir en un área del conocimiento todavía en desarrollo... ¿Entendimos bien o entendimos mal?*

**OK:** Regular... Está bien que existan escuelas, pero no "enfrascarnos" en una de ellas. Me preocupa que se piense que una escuela posee toda la verdad, que no hay nada más. Hay que aceptar la existencia de diferentes escuelas, pero someterlas a investigación...

**RCP:** *¿Existe, entonces, la posibilidad de escuelas específicas para trastornos específicos?*

**OK:** No, enfáticamente no. Hay técnicas específicas para trastornos específicos. Eso es muy diferente. Técnicas que tienen que derivar de una concepción integrada de psicopato-

logía, de cómo se relacionan etiología, desarrollo y psicopatología con estructura y sintomatología.

Hay diversas técnicas para enfrentar una enfermedad. Doy un ejemplo, cualquiera sea la teoría fundamental de los trastornos graves de la personalidad, todo el mundo está de acuerdo que estos pacientes luchan con tendencias agresivas excesivas... Me corrijo, porque algunos psicoterapeutas cognitivo-conductuales niegan la importancia de la agresión, pero creo que es una posición casi única, más ideológica que psicopatológica... Hay un acuerdo casi general que existe una patología del afecto en estos casos. Hay evidencia de que esa patología del afecto puede derivar de aspectos genéticos, constitucionales, vía neurotransmisores, expresados en el temperamento; o puede derivar de una desorganización grave del núcleo familiar temprano, abandono, ser testigo o víctima de agresión física o sexual, experiencias traumáticas, etc. Y la importancia de esos factores puede variar de caso en caso, pero lo importante es una teoría integrada que nos explique cómo se mezclan genética, constitución, temperamento, carácter e intervención terapéutica. Una conexión racional sometida a investigación científica. Me opongo a escuelas teóricas que no poseen una fundamentación científica que explique su campo de acción.

Ahora, las técnicas para tratar pacientes con trastornos afectivos son diversas: algunos pueden utilizar

medicamentos que actúan sobre los neurotransmisores en ciertos centros cerebrales, y a través de ellos sobre los síntomas de depresión y angustia... Hay tratamientos psicoanalíticos que tratan de conectar experiencias afectivas idealizadas y persecutorias, y a través de ellas se normaliza la respuesta afectiva, técnica que me parece perfectamente apropiada... Hay técnicas como las cognitivo-conductuales que ayudan a la persona a comprender cuáles son las circunstancias que le provocan angustia y cómo puede manejar ese síntoma, que también me parecen efectivas. O sea, hay diferentes técnicas para tratar un mismo problema y diferentes casos pueden exigir la combinación de diferentes técnicas. Algunas técnicas son contradictorias entre sí y, por supuesto, no se pueden usar en un mismo paciente.

**RCP:** *Surge ahora esta pregunta: ¿Existen entonces enfoques específicos para terapeutas específicos? ¿Considera, que dada nuestra personalidad, los psicoterapeutas nos movamos "mejor" en unos enfoques que en otros?*

**OK:** No, no pienso eso. Teniendo en cuenta la multiplicidad de personalidades entre los terapeutas, quienes tenemos la experiencia docente de observar a los residentes haciendo psicofarmacología, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de apoyo, psicoterapia cognitivo-conductual, creemos que son capaces de adaptar su personalidad a la técnica y no la técnica a su personalidad. Durante más de 20 años he



visto que la gran mayoría de los estudiantes, de personalidades muy distintas, son capaces de aprender una técnica y aplicarla muy bien.

Hay diferentes talentos, pero como todos sabemos, esos talentos varían dependiendo de una personalidad específica. Hay personas que son buenos terapeutas a pesar de que no les enseñaron nada o muy poco, una especie de talento innato; otros, en cambio, son totalmente incapaces de aprender a ser psicoterapeutas, pueden ser fantásticos psicofarmacólogos, neurobiólogos, epidemiólogos, pero no psicoterapeutas. Las características del buen terapeuta se pueden definir, pero no coinciden con la personalidad...

**RCP:** *¿Cuáles son Doctor?*

**OK:** Desde luego algunas son obvias, como que la persona sea inteligente, no hablamos de eso, pero un terapeuta estúpido es limitado. Es importante que tenga una capacidad de relación profunda con otras personas, sea extrovertido o introvertido... Un terapeuta esquizoide puede ser tan bueno como uno histérico, siempre que tenga una buena capacidad de relación, en contraste con personas con graves patologías. Graves estructuras narcisistas tienen dificultades para hacer psicoterapia psicoanalítica, pero pueden ser buenos psicoterapeutas de apoyo o cognitivo-conductuales. Estructuras antisociales, en general, son terribles psicoterapeutas: no entienden nada de otras personas, exhiben falta de interés y

dedicación. Es importante que los terapeutas sean capaces de tolerar la agresión propia y ajena, sin negarla y pudiendo absorberla, sin someterse masoquísticamente y sin actuarla. Reconocer y manejar la agresión sin ser controlados, sin tener poder, es importante para tratar trastornos de personalidad graves.

Ahora, si hablamos de terapeutas buenos y no buenos dentro de una técnica específica, depende siempre del aprendizaje y de la habilidad. Para ejercer psicoterapia psicoanalítica hay que saber interpretar, porque eso es lo que hacemos, como para hacer cirugía hay que saber operar... ¿Y cómo reconocemos la calidad de una interpretación? Porque es clara, es relevante con lo que le pasa al paciente, llena algún vacío y es hecha rápidamente, antes de que cambie el cuadro de fondo. Estas cuatro características definen al buen terapeuta que hace TPP, pero no son exactamente las mismas para otras terapias.

**RCP:** *Comentaba Usted acerca de los límites entre psiquiatría y psicoanálisis. Tiempo atrás, 20 a 50 años, los postulados de la teoría psicoanalítica fueron muy acogidos y utilizados en la formación de los psiquiatras. Sin embargo, esa "escuela" perdió poco a poco su preponderancia y hoy no es de enseñanza obligada en muchos programas de psiquiatría... ¿Qué opina al respecto? ¿Cómo valora la psiquiatría de hoy?*

**OK:** Creo que es un desarrollo muy

natural. El psicoanálisis fue una revolución frente a la psiquiatría tradicional, descriptiva y organicista que no tenía idea sobre las dinámicas psicológicas, para la cual la personalidad era un problema de herencia o de influencia directa del medio social, que ignoraba los factores de relación del psiquismo, las funciones inconscientes, los mecanismos de defensa, etc.

El psicoanálisis fue una revolución muy, muy importante, y aunque no cubría todos los aspectos de la mente humana, se produjo lo que he denominado “la grandiosidad psicoanalítica” durante los años 40 y 50. Esta grandiosidad se caracterizaba por explicar todo a través de los postulados de esta teoría, por la gran falta de juicio de sus limitaciones y por una confianza excesiva en la clínica como única fuente de nuevos conocimientos...

El psicoanálisis empezó a atacar la psiquiatría biológica que estaba en sus comienzos, pero en forma estúpida; se opuso a las investigaciones farmacológicas, no dio suficiente importancia a las teorías psicológicas del desarrollo cognoscitivo, no realizó investigaciones empíricas del desarrollo temprano, es decir, actuó como si su “saber” fuera el único instrumento para avanzar en el conocimiento de lo humano. En una palabra, se dogmatizó e ignoró los avances de las ciencias colindantes... Esta actitud no puede ser ningún ejemplo.

Hay una teoría psicoanalítica que distingue las funciones psíquicas, teoría que se repite desde que Freud las promulgó en los años 20. Él conocía las neurociencias de su tiempo y las abandonó porque eran demasiado primitivas para ser usadas en los nuevos conocimientos psicoanalíticos. Los hallazgos psicoanalíticos tempranos no cabían en la neurología de su tiempo y por eso se desconectó de ellos, fue una decisión fundamental para la época. La teoría dominante de los afectos en los tiempos de Freud consideraba a estos como manifestaciones del sistema nervioso periférico y la experiencia subjetiva como una consecuencia de esas manifestaciones periféricas, o sea, estamos tristes porque lloramos.

El concepto de instinto a comienzos del siglo XX se oponía, por contraste, a la influencia ambiental. Una idea anticuada y hoy completamente superada. Ahora sabemos que hay disposiciones instintivas, en el sentido de disposiciones innatas, que son activadas por factores ambientales y que la experiencia, en el desencadenamiento de esas disposiciones innatas, tendrá cierta secuencia, según los “disparadores”, en la organización del instinto. La concepción moderna de los instintos en biología ha variado tanto, que en la actualidad la pregunta es: ¿cuál es nuestra concepción de pulsión y cuál la relación entre pulsión y afecto? Esto por citar un ejemplo de cómo el psicoa-



nálisis se aisló innecesariamente, dogmáticamente.

Este aislamiento contribuyó a la pérdida de la resonancia académica de antaño y a crear enemigos poderosos para librarse del psicoanálisis... Y lo lograron. Gradualmente perdió su posición pionera de los años 20 y 30. Es por eso que la teoría psicoanalítica tiene que desarrollarse en interacción con los campos colindantes. El psicoanálisis tiene mucho para contribuir y a su vez para recibir. Debe desarrollarse como una de las ciencias fundamentales de la mente humana, pero no la única. El psicoanálisis no es una psicología general...

**RCP:** *¿Hay, actualmente, alguna tendencia en el movimiento psicoanalítico que busque un acercamiento con la psiquiatría?*

**OK:** Claramente, yo represento esta corriente y no estoy solo. Hay grupos muy importantes en Alemania, Inglaterra, Estados Unidos... hasta en Francia y en cierto sentido en algunos países latinoamericanos de producir este acercamiento. Hace dos semanas tuve la oportunidad de compartir con un grupo de psicoanalistas chilenos que están desarrollando una maestría en psicoanálisis en una de las universidades de Santiago de Chile, la Universidad Andrés Bello, y pensando la posibilidad de un doctorado. Se discutió acerca de la relación entre el instituto psicoanalítico y la universidad. Considero que este tipo de

ideas que también están desarrollándose en otros países del mundo marcan un cambio importante.

Hace 20 años, en los congresos psicoanalíticos internacionales, no podían presentarse temas de investigación empírica. Fue poco a poco que se aceptaron los comités, las conferencias y los simposios de investigación. Otro cambio conceptual para destacar... Debo decir que hay psicoanalistas que piensan que yo no soy un verdadero psicoanalista, que yo soy un psiquiatra disfrazado de psicoanalista...

**RCP:** *Si algunos psicoanalistas piensan que Usted es un psiquiatra disfrazado de psicoanalista, ¿piensan algunos psiquiatras que Usted es un psicoanalista disfrazado de psiquiatra? Algunos psiquiatras lo vemos como una persona que se ha interesado por integrar psiquiatría y psicoanálisis...*

**OK:** También dentro de los psiquiatras hay puntos de vista diferentes. Aun en los medios de psiquiatría biológica más sofisticados algunos aceptan la idea que las teorías psicoanalíticas pueden aportar al conocimiento del ser humano. Otro grupo no las considera importantes por su ideología monopolizadora que opinan que todo se resuelve a escala molecular y con medicamentos. Son corrientes reduccionistas que mantienen su desconfianza frente a lo psicodinámico.

Las organizaciones psiquiátricas oficiales han sido siempre muy receptivas conmigo. He recibido in-

vitaciones y premios de la Americana, la Alemana, la Británica, la de América Latina, hasta Ustedes que gentilmente me han invitado a su Congreso. En general me he sentido muy apoyado por los psiquiatras.

**RCP:** *¿Qué debe aprender un psiquiatra actual, qué debemos enseñar a nuestros alumnos sobre psicodinamia?*

**OK:** Una buena pregunta. Primero debe aprender sobre teorías psicoanalíticas contemporáneas del desarrollo con enfoque importante en investigación sobre el desarrollo infantil; sobre los fenómenos de apego normal y patológico; sobre las teorías de relación de objeto, tanto en los aspectos psicodinámicos como conductuales; sobre las teorías psicoanalíticas de estructuras patológicas, especialmente aplicables a síntomas neuróticos, trastornos de personalidad, trastornos sexuales; sobre las regresiones de personalidad que se producen como parte de enfermedades psicóticas y orgánicas, estas últimas hasta cierto punto psicosomáticas; sobre los aspectos psicodinámicos de los trastornos del aprendizaje.

Segundo, el estudio de la personalidad desde un punto de vista psicodinámico y descriptivo, para una mejor comprensión de la psicopatología. Creo que la combinación del diagnóstico estructural psicodinámico y del diagnóstico nosológico psiquiátrico, permite un mejor diagnóstico diferencial entre trastornos de personalidad propiamente dichos y los síntomas neuróticos.

En tercer lugar, el psiquiatra debe aprender conceptos fundamentales de relación médico-paciente, de transferencia y contratransferencia, del diagnóstico de los aspectos transferenciales que influyen en toda relación médico-paciente, la indicación de psicoterapias psicodinámicas específicas en combinación o en contraste con otros tipos de terapia. También a hacer psicoterapia psicodinámica, incluso psicoterapia de apoyo.

Estos aspectos darían al psiquiatra general un conocimiento suficiente, profundo y sólido para una práctica clínica inteligente, que junto a sus conocimientos de psicología descriptiva, de neurociencias, de psicofarmacología, de epidemiología, lo convertirían en un muy buen profesional.

**RCP:** *En la década del 70 se veía con muy buenos ojos que los residentes de psiquiatría realizaran un psicoanálisis personal. Esto, claro, ha perdido vigencia. ¿Cuál es su posición al respecto?*

**OK:** Pienso que no todo el mundo tiene que ser psicoanalizado. Otra cosa es hasta qué punto es valioso que el joven psiquiatra aprenda de los psicodinamismos en sí mismo. El psicoanálisis es una posibilidad, pero no la única. Hay métodos más simples, más cortos y menos costosos. Existe el desarrollo de psicoterapias de grupo, de pareja, de familia, que permiten ver psicodinamismos profundos. Una posibilidad interesante son los llamados grupos

“T”, donde se experimentan regresiones grupales, experiencia que puede ser un método útil de enseñanza.

**RCP:** *En definitiva, ¿considera que para los candidatos a psiquiatra, los psiquiatras clínicos, los que ven pacientes, es recomendable algún tipo de psicoterapia?*

**OK:** Es útil, es recomendable, pero no es indispensable y no puede ser exigido de ningún modo. Los psiquiatras que se interesan por el quehacer clínico y psicoterapéutico deben empezar por tener una buena supervisión, en ella pueden ver “puntos ciegos” que les dificulta evaluar ciertos problemas en sus pacientes y que los motiven para realizar una psicoterapia personal. Para quien quiere ser psicoterapeuta y tiene dificultades especiales es recomendable una psicoterapia o un psicoanálisis, según sea del caso. A quienes desean ser “superespecialistas” en psicoanálisis o en técnicas psicodinámicas, es aconsejable que tengan esa experiencia, pero no a manera de exigencia.

**RCP:** *Una crítica grande en la formación psicoanalítica, en ciertas escuelas, es su “exigencia” de realizar psicoanálisis en sus estudiantes, muchas veces por parte de los mismos docentes de ese programa. ¿Cómo lo ve usted?*

**OK:** En nuestro Instituto formamos psicoterapeutas y no les preguntamos si están en tratamiento, no se nos pasaría por la mente. Les hace-

mos supervisión y si tienen problemas específicos los discutimos con ellos y en un momento dado les recomendamos una terapia.

Un ejemplo: tengo una supervisada que está tratando a una mujer con una grave inhibición sexual y que tiene miedo de hablar de su inhibición por fantasías de agresión por parte de su terapeuta. Cree que ella va a “matarla” porque el sexo es malo y pecaminoso. Mi supervisada dice que está a favor de que su paciente tenga una buena vida sexual. El problema aquí es que la paciente tiene la fantasía inconsciente que su terapeuta es una persona terriblemente agresiva, peligrosa y todo lo que ella le diga lo va a interpretar de otro modo. Estoy resumiendo una discusión de muchos meses y al final le dije: “Usted no tolera que la vean como una persona agresiva porque le parece un horror”. “Es verdad”, me contestó. La paciente no va a avanzar si ella no se atreve a ser una “mala madre” y lo hemos hablado en varias oportunidades. Si esta condición no se modifica y mi supervisada se interesa por realizar esta clase de trabajo, yo le recomendaría una psicoterapia psicoanalítica o un psicoanálisis. Esto me parece perfectamente apropiado de mi parte, pero si ella no tuviera ninguna dificultad, ni se me ocurriría proponerle una terapia.

Contesto en forma indirecta porque no puedo opinar sobre lo que enfrentaban los psiquiatras colombia-

nos hace 20 años. A los psicoanalistas en formación es conveniente recomendarles un análisis personal, pero aprovecho para expresar que tengo serias dudas sobre la categoría de analista didacta y me parece que el análisis personal debe estar totalmente desconectado del resto de la formación psicoanalítica. No soy el único de esta opinión y lo que acabo de decir fue por muchos años un anatema y se me criticó duramente por lo que escribí al respecto.

**RCP:** *A la mayoría de los docentes les preocupa la calidad de la supervisión que se le debe brindar al estudiante, ¿cuál es su opinión en este tópico?*

**OK:** Comienzo por plantear un problema que tenemos en Estados Unidos... la mayor parte de los supervisores en psicoterapia psicodinámica es gente de cierta edad, que se formó hace 20 años o más, con teorías en psicopatología y técnicas de abordaje anticuadas, y aunque los psiquiatras en formación se dan cuenta de que esto es un problema, no les interesa.

Creo que tenemos que formar supervisores que llenen un concepto moderno en teoría y en técnicas psicoanalíticas, que han cambiado mucho en los últimos 20 años. Con supervisores de este tipo podemos entusiasmar a nuestros alumnos.

Esto genera la siguiente pregunta ¿cómo enseñar psicoterapia psicodinámica a los psiquiatras en formación? Confieso que he tenido

muchas experiencias y he cometido muchos errores. Es una historia de cambios en mi punto de vista al respecto. Ahora que estoy a cargo de la formación avanzada en nuestro Departamento de Psiquiatría, los psiquiatras en formación tienen un curso durante dos años, uno básico en segundo y uno de profundización más extenso en tercero. Ellos estudian conceptos básicos sobre teoría psicoanalítica y psicoanálisis, teorías psicoanalíticas contemporáneas y diagnóstico diferencial en trastornos de personalidad. Presentan casos que tienen en psicoterapia y que son utilizados para enseñar teorías de técnica. Para mí, la teoría puede aprenderse en los libros, y así se hace. Aquí lo fundamental no es sólo analizar los casos, sino aprovecharlos para aprender teorías de técnica y de esta manera adquirir una visión de conjunto. Esto es lo que hago últimamente y ha sido lo más efectivo. Quizá en tres años diga algo distinto, pero ahí es donde estoy en este momento.

Simultáneamente estoy formando un grupo de supervisores que puedan realizar este tipo de entrenamiento. No para actuar como oráculos y decir lo que ellos harían... Más bien para transmitir sus conocimientos sobre teoría y técnica al mismo tiempo. Un buen supervisor debe ser claro, no dogmático, no autoritario, tener una noción de teorías de técnica y ser muy práctico en lo que enseña.

**RCP:** *¿Dr. Kernberg, cómo prepara Usted sus múltiples actividades?*

**OK:** Cuando me interesa un tema nuevo, lo primero que hago es leer sobre el asunto. Leo en forma desorganizada, intuitiva. Escojo los libros fundamentales, los artículos, me preocupo por saltar las cosas repetitivas que son inevitables, me fijo en lo que me parece importante para luego, en una segunda fase, volver a revisarlo. En esta segunda fase empiezo por pensar sobre el problema y me pregunto si tengo algo en qué contribuir o, si por el contrario, todo está dicho. Si todo está dicho, quedo contento con lo que he aprendido. Si siento que tengo algo en qué contribuir, empiezo por desarrollar esa contribución. Sólo al final de la revisión acepto exponer sobre el tema en estudio y doy conferencias donde pongo a consideración mis opiniones y reflexiones con referencia a esa teoría, y después de cierto tiempo, ya con las ideas más claras, me siento listo para dictar el trabajo. En eso puedo pasar semanas, pensando cosas aquí y allá, pero lo dicto en dos o tres días. Es caótico. Y una vez transcrito por mi secretaria lo reviso tres, cinco, diez veces y sólo al final le pongo la bibliografía. Si empiezo con la revisión bibliográfica se me quita todo el entusiasmo y no lo concluyo. Después lo mando a mis amigos para que lo critiquen, siempre tengo gente en quien confío por su capacidad de crítica. Ellos lo hacen para mí y yo lo hago para ellos.

**RCP:** *Con frecuencia se afirma que el psicoanálisis se dogmatizó, que no tuvo en cuenta los avances de las neurociencias.*

*Sin embargo, últimamente hay un acercamiento entre psicoanalistas y neurocientíficos, y esto ha permitido aportes importantes, de cada uno en su campo, para la comprensión de la mente humana. ¿Qué va a pasar con el tiempo, hacia dónde vamos?*

**OK:** Permítanme comenzar diciendo que los psicoanalistas no poseemos el monopolio de la estrechez y el dogmatismo... En Estados Unidos los neurobiólogos más sofisticados son los más abiertos. Ellos captan que el conocimiento de los mecanismos neurobiológicos determinantes de la conducta no son suficientes para explicar la conducta individual. En otras palabras, hay un reconocimiento de la existencia de las estructuras psíquicas y no sólo de las estructuras neurobiológicas, si bien las primeras son subyacentes a las segundas. No basta con saber las teorías contemporáneas de los mecanismos neurobiológicos del afecto para entender como un hombre se enamora de una mujer de pelo azul, hay algo más...

Afortunadamente, tanto neurobiólogos como psicoanalistas estamos opuestos a los reduccionismos y comprendiendo que no hay una relación 1:1 entre lo biológico y lo psicológico. Hay sistemas biológicos que interactúan con sistemas psicológicos. La disminución de la serotonina no explica por qué un paciente se automutila, aun siendo cierto que su disminución está implicada en la aparición de comportamientos agresivos. De ahí a la



aparición de psicopatología hay un camino muy amplio por recorrer. Para estudiar cualquier alteración neurótica, tenemos que estudiar la relación entre estructura, neurotransmisores y conducta, las tres conjuntamente para adquirir una idea global de cualquier función del sistema nervioso central. Esto que parece tan simple y tan obvio no lo es. La sofisticación de los diferentes campos no siempre nos lleva a una comprensión holística de un fenómeno, menos de uno tan complejo como la conducta humana.

**RCP:** *Cambiando un poco de tema... ¿Dado que el hombre está inmerso en una cultura, cree que existen algunos factores de esa cultura que favorecen la aparición de trastornos mentales?*

**OK:** No sé que contestar, la pregunta es demasiado amplia para mí. Hay aspectos culturales que pueden influir en ciertas patologías y en otras no... Hablar de la cultura, de la cultura contemporánea es muy difícil...

**RCP:** *Esta pregunta hace alusión a que durante el siglo XIX uno de los diagnósticos principales era la histeria, alteración relacionada de algún modo con inhibición sexual al interior de la cultura victoriana. En la época actual encontramos que los diagnósticos han cambiado, hoy hablamos de pacientes borderline, ansiosos, depresivos, relacionados con aspectos como agresividad, narcisismo, etc., que han estructurado otro tipo de cuadros clínicos y que nos llevan a preguntar hasta qué punto están influidos por factores culturales...*

**OK:** Nuestros conocimientos en este sentido son limitados. Considero que la cultura influye en la forma de presentación de muchos síntomas en los trastornos neuróticos y en los trastornos de personalidad, pero eso no necesariamente es sinónimo de un cambio fundamental en los tipos de patología. Lo que se llamaba histeria durante el siglo XIX y comienzos del XX era una combinación de síntomas conversivos, disociativos, trastornos sexuales relacionados con inhibición sexual, etc. Ahora sabemos que este no es un cuadro sino que son varios. Es cierto, observamos menos inhibición global de los impulsos sexuales en personas con una estructura neurótica, pero por otro lado vemos gravísimas inhibiciones sexuales en personas con conflictos de predominio agresivo primitivo. Encontramos mucha disociación entre amor y sexo, pero los problemas no son tan distintos. Hay que diferenciar los aspectos psicodinámicos y los aspectos estructurales hasta donde sea posible.

Es compleja la situación: la cultura influye en la expresión de los síntomas, no hay duda... En general, las sociedades tradicionales y estructuradas tienden a controlar la aparición de trastornos de personalidad. Por el contrario, en las sociedades desorganizadas se pierde ese control externo y los trastornos de personalidad aparecen con mayor frecuencia. Es claro que una desorganización crónica del hogar en la primera infancia, o sea una desor-



ganización social de la familia pre-dispone a un aumento de patología mental. En resumen, si hay relación entre cultura y trastorno mental, pero esa relación es más compleja que una relación causal.

Ahora, los estudios epidemiológicos no son comparables porque se han realizado en diferentes momentos y con distintas metodologías y diagnósticos. Podemos estudiar cambios en los trastornos afectivos porque sus síntomas son relativamente estables, no han variado tanto. En los trastornos de personalidad la situación es muy diferente porque sus manifestaciones y su conceptualización se ha modificado sustancialmente.

**RCP:** *Qué opina de la nosología psiquiátrica. ¿Cuáles sus aciertos y cuáles sus desaciertos?*

**OK:** La nosología, tal y como está planteada en el DSM IV o en el CIE 10 es bastante satisfactoria para los trastornos orgánicos y psicóticos; es insatisfactoria para los trastornos de personalidad de adultos y de niños donde la teoría psicoanalítica puede contribuir mucho, pero el perjuicio hacia el psicoanálisis, que indudablemente influyó en la elaboración del DSM III y el DSM IV, aunque sus autores lo nieguen, hace que su participación sea escasa y no ayude a llenar vacíos conceptuales importantes. En los trastornos de personalidad, área donde me he especializado, todas las clasificaciones son muy limitadas. Pienso que el

psicoanálisis tiene mucho que aportar, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

**RCP:** *¿Esto significa que sería oportuno y deseable que los pacientes tengan un diagnóstico "psiquiátrico" DSM IV o CIE 10, y un diagnóstico psicodinámico?*

**OK:** No, no es la idea. Sería suficiente que los pacientes tuvieran un buen diagnóstico psiquiátrico y ese diagnóstico estuviera influido por consideraciones psicodinámicas, pero no en cuanto a la naturaleza de los conflictos inconscientes, sino en cuanto a las estructuras psíquicas predominantes. Lo interesante del psicoanálisis en el diagnóstico no es lo dinámico –el complejo de Edipo, o angustia de castración, o conflictos preedipicos-, lo interesante es el tipo de estructura predominante: neurótica, limítrofe, tipo de personalidad.

Me voy a explicar mejor: decirle a un paciente que tiene depresión, angustia y conflictos inconscientes de abandono, es no decirle nada, porque eso no dice nada... En cambio, determinar el tipo de personalidad indica cuál ha sido la consecuencia de los conflictos que ha tenido. Los conflictos inconscientes predominantes los conocemos al final del tratamiento, no al comienzo. Esto Freud lo planteó en parte. Las hipótesis dinámicas iniciales la mayor parte de las veces son totalmente inútiles, son herencia de un psicoanálisis anticuado que se preocupa

ba de los contenidos inconscientes y no de las estructuras dinámicas de la persona.

**RCP:** *¿A qué se refiere por estructuras dinámicas de la persona?*

**OK:** A la organización predominante de los rasgos del carácter, a la organización dinámica del carácter, a la organización de la personalidad. Decir que una persona presenta depresión y angustia, y, además, que tiene una personalidad narcisista, con una estructura limítrofe y con elementos esquizoides y antisociales proporcionan una mayor información del caso. Y si a esto se agrega que posee una capacidad intelectual normal, que no hay evidencia de ventaja secundaria de la enfermedad, que posee una buena capacidad de introspección, entonces estamos en una mejor capacidad para indicar el tratamiento más apropiado.

Es el uso de la teoría psicoanalítica para el diagnóstico, para el diagnóstico diferencial, por ejemplo, entre depresión mayor, distimia y depresión neurótica. Cuando se trata de hacer diagnóstico diferencial, basados únicamente en los criterios DSM IV, el 50 % de las veces ese diagnóstico es errado en la práctica clínica que yo veo en Estados Unidos...

**RCP:** *Con frecuencia utiliza los términos neurosis, neurótico...*

**OK:** Me refiero a síntomas de angustia, fóbicos, de conversión, hipocóndricos y varias inhibiciones de tipo sexual y social. Lo que clásica-

mente se ha llamado síntomas neuróticos a diferencia de los trastornos de personalidad. Esto no está presente en el DSM III y en el DSM IV... Si un individuo sufre de un trastorno de angustia generalizada, o de un trastorno de pánico, o de una agorafobia, según criterios del DSM III o DSM IV, estos criterios no dicen lo suficiente sobre la patología del paciente ni sobre las indicaciones para el tratamiento, excepto dentro de los criterios más simplistas. Si sufre de angustia prescribamos benzodiazepinas; si es fóbico está indicada la imipramina, y si no mejora cambiemos a un ISRS. En esto veo el ejercicio de una "psiquiatría veterinaria", porque no considera la estructura de la personalidad en la cual se desarrolla el síntoma...

**RCP:** *Es perfectamente claro. Para muchos psiquiatras la exclusión del concepto de neurosis de las clasificaciones nosológicas fue una decisión desafortunada, a muchos nos servía como una herramienta de trabajo...*

**OK:** Pero no es indispensable. Podemos seguir manejando las definiciones del DSM IV o de la CIE 10 porque precisan mejor algunos síntomas. Eso está bien siempre y cuando no sean los únicos criterios para el diagnóstico, hace falta el análisis de la personalidad y del carácter...

**RCP:** *¿Usted utiliza los términos personalidad y carácter como sinónimos o son diferentes?*

**OK:** Desde un punto de vista teórico son distintos. Desde un punto de

vista clínico son intercambiables. Teóricamente utilizo los conceptos de temperamento, carácter, personalidad, organización cognitiva, organización de valores internalizados. Temperamento son las disposiciones constitucionales, probablemente genéticamente determinadas, de activación afectiva, como intensidad, ritmo, reactividad de umbrales de afecto. Carácter son los rasgos de conducta habituales que posee la persona, determinados por la interacción entre temperamento y las experiencias de relaciones de objeto. Personalidad es un concepto global que incluye temperamento, carácter, diversos sistemas de valores internalizados, grados de concienciación y capacidad cognitiva. Clínicamente carácter y personalidad son la misma cosa.

**RCP:** *¿Qué entusiasmos, qué intereses lo llevaron a escribir un libro sobre las relaciones amorosas?*

**OK:** Varias cosas. Primero, la observación de pacientes con trastornos de personalidad: algunos, como es de esperar, tienen relaciones de pareja muy patológicas, pero otros, a pesar de estar muy enfermos, tienen relaciones de pareja excelentes. No hay relación entre patología individual y patología de pareja. Por el contrario, personas muy normales son como “agua y aceite”. Ese viejo dicho, “Dios los cría y el diablo los junta”, parece ser cierto.

Segundo, he visto muchas personas con trastorno de personalidad que

presentan dificultades en su relación de pareja. Surge, entonces, la pregunta: ¿hasta qué punto es la relación y hasta qué punto es la personalidad? Esa conexión entre estructura personal y estructura de pareja me interesa bastante.

Tercero, con alguna frecuencia se me ha acusado de una preocupación excesiva por la agresión y muy poco por el amor.

Cuarto, y último, la experiencia personal de vida, de amigos, historias de relaciones, de divorcios, de cambios importantes en nuevas relaciones son cuestiones que me intrigan.

Como de costumbre, no sabía por donde empezar hasta que encontré un texto extraordinario que me orientó mucho, el mejor libro que se ha escrito sobre relación de pareja desde la perspectiva psicoanalítica. Lo descubrí por casualidad, porque no se enseñaba en los institutos psicoanalíticos. Me refiero al libro de Henry Dicks, *Marital Tension* (Tensión Marital), escrito en 1963. Dicks fue el director del instituto de relaciones de pareja de la Clínica Tavistock, él creó el instituto de tratamiento de conflictos maritales, después seguido por Robin Skinner quien también publicó libros muy importantes. Esta fue la base de toda una serie de contribuciones posteriores sobre relaciones de pareja que se dieron en Alemania, Francia, Italia, Inglaterra, etc.

La obra de Dicks me proporcionó el esquema teórico que necesitaba para iniciar mi trabajo. Empecé a

tratar parejas, a veces con fracaso y a veces con éxito. Me fui impresionando cada vez más con el psicoanálisis francés que analizó conflictos de amor a través de la vida, un tema no existente en la literatura psicoanalítica que habla de sexo pero no de amor. Estuve tres meses en París entrevistando psicoanalistas y esto me sirvió para conectar las perspectivas francesas, las británicas y mis propias experiencias con trastornos de personalidad...

**RCP:** *¿Qué diferencias hay entre las relaciones amorosas normales y relaciones amorosas patológicas?*

**OK:** En general, las relaciones de pareja normales crecen en la intimidad con el tiempo, implican una integración de libertad erótica y de ternura, y un equilibrio entre amor y odio con predominio del amor en el plano de las relaciones sexuales, de la relación objetal y del sistema de valores que la pareja crea para sí. Las relaciones patológicas se manifiestan en el predominio de aspectos agresivos en las relaciones sexuales, en la relación objetal y en los sistemas de valores que amenazan con destruir la pareja. Típica-

mente inhibiciones sexuales cada vez mayores, una disociación entre amor y odio... Estoy convencido que no agote ese tema porque es un tema inagotable. Escribir sobre el amor requiere un estudio exhaustivo y yo no tuve la energía ni el tiempo que se necesitan para hacerlo.

Hay muchos temas interesantes para proseguir: las diferencias culturales en la expresión amorosa; las diferencias de vida sexual entre animales y humanos, sobretodo en primates superiores; la importancia de la agresión como un aspecto normal de la excitación erótica, etc... Me gustaría volver a trabajar en el tema, ojalá el tiempo me lo permita.

**RCP:** *Dr. Kernberg, ¿desea Usted agregar algo más?*

**OK:** No, siento que he dicho más de lo que pienso...

**RCP:** *En nombre de la Revista Colombiana de Psiquiatría le damos las gracias por su generosidad al compartir con nosotros sus conocimientos sobre diferentes tópicos que interesan a la psiquiatría y a los psiquiatras.*