Entrevista a Otto Kernberg[1]

Enrique Alba, Norberto Helman y Amalia T. de Zirlinger

Amalia Zirlinger: Desde hace años *Psicoanálisis* mantiene un fluido diálogo con Ud. y ésta es la tercera entrevista para nuestra revista. Le proponemos el tema de la práctica del psicoanálisis en el mundo de hoy. Queremos aprovechar su experiencia como presidente de la I.P.A., ya que usted debe tener un panorama general sobre qué es lo que está pasando en el mundo con el psicoanálisis y, en especial, con su práctica.

Otto Kernberg: El tema es lo suficientemente general como para mirarlo desde varios puntos de vista; quizás haya algunos problemas y también desarrollos interesantes. El problema principal es la sensación –no en todas partes, pero sí en muchos países– de una reducción de pacientes y de una reducción de precandidatos y gente interesada en formarse, especialmente provenientes de la psiquiatría, que era la profesión de la cual años atrás venía la mayor parte de los interesados en formación psicoanalítica. Un gradual reemplazo de aplicantes de psiquiatría por aplicantes de psicología, con un cambio también de sexo en el sentido de que hay más mujeres profesionales psicólogas que mujeres profesionales psiquiatras. Así es que existe un cambio de profesión, de género, y por tanto nuestros institutos, en muchas partes del mundo, se ven distintos. Este proceso varía de país en país y surgen diferentes preguntas: ¿a qué se debe, a factores externos o internos? A mi juicio predominan los factores externos. Hay ciertos países que

[1] Entrevista realizada en APdeBA el 18 de agosto de 1998.

llegan antes a cierta posición a la que creo llegarán también los países donde, por el momento, se supone que no hay problemas. Hay variaciones enormes dentro de algunos países donde, en una ciudad no hay ningún problema y en otras hay muchos. Así que, en parte, depende también de características locales.

Creo que esta reducción se debe a muchísimos factores. Desde luego, desde un punto de vista superficial, a que existen muchos más psicoterapeutas que hace veinte o treinta años. Nosotros mismos los hemos formado, los analistas han analizado psicoterapeutas que enseguida han tenido supervisiones y seminarios y hemos creado escuelas de psicoterapia que compiten con los institutos psicoanalíticos. Nos hemos creado nuestra propia competencia. También quizás en un esfuerzo por aumentar nuestra influencia –simplemente por un crecimiento natural– hemos "saturado" algunos mercados.

Pero son factores menores en contraste con el desarrollo de tratamientos competitivos en el campo de la psiquiatría, el desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos, efectivos para tratar especialmente síntomas neuróticos; el desarrollo de terapias cognitivas y conductuales, especialmente terapias relativamente breves, con un énfasis en la investigación empírica que les ha dado una especie de manto científico, mientras que la investigación empírica de procesos y resultados de tratamientos psicoanalíticos han progresado en forma mucho más lenta, naturalmente porque es mucho más compleja, mucho más difícil. Alguna gente ha dicho, en forma irónica, que todas estas terapias breves son no terapias realizadas por no terapeutas a no pacientes. Hay un grado de verdad en eso. Ha habido un cambio en la cultura general: acentuación del pragmatismo, búsqueda de resultados inmediatos y adaptación externa y un cierto rechazo al psicoanálisis por la crítica combinada de los sectores académicos y científicos psiquiátricos, psicológicos, médicos en general que han cuestionado al psicoanálisis por la falta de desarrollo y concatenación científica con las ciencias que lo rodean. Hay aumento de las dificultades económicas para proveer apoyo financiero para promover la salud, un fenómeno universal en los países avanzados y que tiene que ver con el hecho de que se está prolongando la vida. La gente en vez de morir joven nos está creando el problema de que al vivir muchos años se enferman largamente a edad avanzada, gastan la mitad de lo que gastarán en toda su vida en medicinas y médicos en los

últimos tres meses de su vida, y entonces hay un racionamiento necesario, obligatorio, que va contra nuestro espíritu democrático, que crea muchos problemas políticos, pero siempre es una demanda implícita o explícita social que lleva a reducir los servicios de tipo psiquiátrico –especialmente psicoterapéuticos, y dentro de los psicoterapéuticos los psicoanalíticos– que son de larga duración.

Así que hay muchos factores externos concurrentes. A esto hay que agregar también un cierto elitismo psicoanalítico en el país en donde el psicoanálisis estuvo más triunfante y más de moda –los Estados Unidos. Después de conquistar por asalto la psiquiatría –en un momento donde hubo casi un 70% de jefes de cátedra que eran psicoanalistas o tenían algún grado de formación psicoanalítica–, el desarrollo de una actitud arrogante en los institutos y en las sociedades psicoanalíticas, como que tenían "la sartén por el mango", creó una reacción de resentimiento en la universidad y el impacto del desarrollo de las neurociencias, la psicobiología y la psicofarmacología, gradualmente disminuyó la influencia del psicoanálisis en la psiquiatría, en gran parte de la universidad, excepto en áreas humanistas donde hay interés en el psicoanálisis lacaniano; irónicamente no conectado con el análisis clínico, que esta gente a su vez combate, aislándonos más todavía.

Así que la práctica de la profesión, desde este punto de vista, ha sufrido, aunque lo siente menos la gente más establecida –los analistas didácticos que tienen candidatos–, lo sufren sobre todo los candidatos y los analistas jóvenes. Es natural que el problema se muestre primero en los menos privilegiados de los terapeutas y que los que estén más protegidos sean los analistas didácticos que, como grupo, han sido más lentos en reconocer el problema. Hay ciertos países donde el psicoanálisis está establecido firmemente y todavía no le ha llegado este problema, pero en países relativamente grandes, donde hay muchos psicoanalistas, esto se observa.

Hay compensaciones importantes, y esto me lleva a otro aspecto relacionado: ha aumentado enormemente la psicoterapia psicoanalítica y muchos psicoanalistas se dedican en forma muy efectiva a hacer psicoterapia psicoanalítica, que ha sido como una hijastra del psicoanálisis. De modo que la práctica profesional de los psicoanalistas es una mezcla de psicoanálisis y psicoterapia, lo que ha creado desarrollos y progresos e interesantes problemas nuevos.

Amalia Zirlinger: Yo le quería comentar que en nuestra institución, hace tres años, se hizo una encuesta a la que respondió una buena parte de los psicoanalistas de APdeBA y los resultados son bastante serios: más o menos un 77% del tiempo que trabaja un psicoanalista lo hace con tratamientos de baja frecuencia semanal, y solamente un 3% de su tiempo de trabajo está dedicado a los tratamientos llamados clásicos, con tres o cuatro sesiones por semana. Esta es una diferencia muy notable con lo que pasaba años atrás en Buenos Aires, y la población que ha contestado esta encuesta es fundamentalmente la gente que tiene más años de experiencia y de formación, es decir que estas respuestas no provienen de los candidatos o de la gente joven, sino que ya nos encontramos con que el problema ha avanzado mucho más y yo diría que del ´95 hasta hoy se ha agravado todavía más. Usted decía recién que hay muchos factores que intervienen y que fundamentalmente tienen gran predominancia los factores externos, pero creo que también se nos impone una revisión de nuestra práctica para saber en qué sentido los psicoanalistas mismos y la práctica que hemos llevado a cabo en estos años –podríamos decir de oro– han incidido en esta transformación que se ha dado. En qué medida han incidido, por ejemplo, los tratamientos analíticos que duraron veinte años. Yo creo que ése es un elemento que se ha vuelto en contra del psicoanálisis, esos tratamientos que duran toda una vida.

Otto Kernberg: Eso ha sucedido en algunos países solamente; yo estoy de acuerdo que los tratamientos psicoanalíticos demasiado largos son un problema. El psicoanálisis típico no debiera durar más de cinco, siete años, los análisis que duran más de diez años son de casos muy difíciles –algunos se justifican– pero cuando la pauta, la generalidad es de análisis de quince o más años hay un problema serio. Hay gente que por supuesto se dedica toda su vida a estar en análisis y reemplaza la vida con análisis, lo que es un problema también. En algunas sociedades esto se ha hecho como una expectativa implícita de los analistas, que sigan en análisis por siempre... eso es un problema. Pero no creo que sea la causa fundamental.

Amalia Zirlinger: No... por supuesto que no, sólo lo daba como un ejemplo para preguntarnos sobre nosotros mismos.

Otto Kernberg: Todas las demás causas contribuyen. Por lo que usted describe el síntoma es más grave de lo que yo supuse y eso, por supuesto, me parece muy importante.

Usted mencionó que los analistas realizan tratamientos de menor frecuencia. Allí hay una curiosa paradoja: por un lado parece como un debilitamiento del tratamiento psicoanalítico que se ha diluido, que está más anémico; por otro, detrás de eso, está el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas basadas en el psicoanálisis sumamente efectivas para pacientes que no tienen indicación de psicoanálisis estándar o clásico. Estos son progresos del psicoanálisis que nosotros, como institución, no hemos apreciado suficientemente, y esto ya es un primer factor de controversia y trabajo, porque para algunos psicoanalistas la psicoterapia es como un paño rojo, los asusta, dicen que es el fin de la identidad del psicoanálisis; para otros es una aplicación magnífica que va a expandir el campo del psicoanálisis y llevarlo a grandes sectores, a tratar trastornos graves de personalidad, y será una contribución muy importante a la cultura, que es mucho más accesible a la investigación empírica y nos va a llevar triunfalmente adelante.

Estas dos posiciones completamente opuestas creo que tienen que ver con dos diferentes culturas psicoanalíticas que miran a la psicoterapia en forma distinta, porque tienen una definición diferente de lo que es psicoanálisis. Para la escuela kleiniana y la escuela de la psicología del yo, que tienen una definición muy estricta del marco del psicoanálisis, la psicoterapia no es ninguna amenaza porque tienen una diferenciación muy clara de lo que es análisis y lo que es psicoterapia; por el otro lado, para la escuela británica independiente y especialmente para la escuela francesa, que tienen una definición mucho más flexible y elástica de las técnicas psicoanalíticas, que en los bordes se transforma en psicoterapia, ésta es mucho más que una amenaza. No ven esta diferenciación clara con el psicoanálisis y sienten que amenaza la identidad del psicoanálisis y del psicoanalista, especialmente porque muchas veces en esta última escuela se confunde lo que ellos miran como psicoterapia con una mezcla de psicoterapia de apoyo y analítica, que en realidad cambian la naturaleza del psicoanálisis mismo. Entonces hay una crítica muy importante que contrasta con la afirmación entusiasta del otro lado. Este es un aspecto conceptual que tenemos que aclarar; a mi juicio tenemos que definir muy claramente lo que es psicoanálisis, diferenciarlo de psicoterapia

psicoanalítica, y a su vez diferenciar la psicoterapia psicoanalítica de la psicoterapia de apoyo.

Amalia Zirlinger: ¿Por qué no nos da usted su definición?

Otto Kernberg: Yo voy a hablar de esto en la conferencia que voy a dar...

Amalia Zirlinger: Pero nos puede adelantar algo...

Otto Kernberg: Yo creo que la diferencia está en el uso de las tres técnicas fundamentales del psicoanálisis: interpretación, análisis de transferencia y neutralidad técnica. Tres aspectos esenciales que caracterizan la técnica psicoanalítica y que son modificados cuantitativamente en las psicoterapias psicoanalíticas, modificación cuantitativa que, sin embargo, sumándose esos tres aspectos, dan un ambiente psicoanalítico diferente y significan un cambio importante, por lo tanto, de la técnica.

En la psicoterapia psicoanalítica la interpretación está enfocada mucho más en clarificación, confrontación, interpretación de significados inconcientes en el aquí y ahora, en contraste con el análisis estándar en donde la clarificación es relativamente poco importante, la confrontación un poco más, y el análisis de significados inconcientes en el aquí y ahora y en el allá y entonces, es decir interpretaciones genéticas, son mucho más dominantes.

En cuanto al análisis de la transferencia es sistemático y mantenido en el análisis; en la psicoterapia psicoanalítica está modificado por una ligazón mucho más estrecha entre el análisis de la transferencia y el análisis de las relaciones extra transferenciales, por un lado y, por otro, por una ligazón más estrecha entre análisis transferencial y los objetivos generales del tratamiento que, durante el análisis estándar, quedan en el trasfondo y no son elaborados tan activamente.

El tercer aspecto, la neutralidad técnica: los graves actings out de los pacientes con patologías severas exigen estructuración o poner límites a los pacientes en las sesiones, lo que significa un abandono de neutralidad técnica, una toma de posiciones activas que al eliminar la neutralidad técnica implican que el analista, transitoriamente, adquiera una nueva función transferencial que debe ser analizada sistemáticamente siguiendo el establecimiento

de limitaciones o restricciones. Es decir, se trata de restricciones para mantener el marco psicoanalítico que son seguidas por interpretaciones de lo que eso significa para el paciente; ese análisis del significado transferencial de estas restricciones tiene a su vez que ser seguido por el análisis de la problemática que provocó esta restricción en primer lugar, lo que lleva gradualmente a resolver el abandono de la neutralidad técnica y su restauración. Entonces una afirmación oscilante de neutralidad técnica que se abandona y reinstaura continuamente, diferencia cuantitativamente las psicoterapias psicoanalíticas del psicoanálisis.

Estas son las diferencias esenciales, las secundarias son que en las psicoterapias psicoanalíticas se usa el frente a frente porque permite una observación mucho más directa de los *patterns* conductuales del paciente, donde se expresan predominantemente graves patologías de carácter, y la posibilidad de una frecuencia menor, porque estos tratamientos funcionan perfectamente bien con dos o tres sesiones por semana, mientras que el análisis necesita de tres a cinco sesiones por semana. Creo que no se puede hacer este tipo de terapia psicoanalítica con menos de dos sesiones por semana.

Estas son las diferencias esenciales entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, y creo que la diferencia entre psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo –usando estos tres mismos elementos– es que en la psicoterapia de apoyo se usa también clarificación y confrontación, pero no la interpretación de contenidos inconcientes. En cambio se introducen técnicas de apoyo cognitivo, apoyo afectivo e intervención directa ambiental, de parte del terapeuta, o indirecta a través de otras personas. De modo que las técnicas son clarificación, confrontación, apoyo cognitivo, apoyo afectivo, intervención directa ambiental, que naturalmente implican también un cambio en la relación con la transferencia. La transferencia es clarificada en sus aspectos concientes y reducida en el sentido de llevar al paciente a ver que es una reacción irracional en la relación con el analista en la cual el paciente sufre; la reducción de la transferencia y el transporte, la exportación, la transferencia de esta reducción a la vida externa del paciente en la que se le muestra que ahí también reacciona de la misma forma inapropiada como lo hizo con el analista permite entonces el cambio del comportamiento del paciente. Por un lado uno exporta hacia afuera lo que ha observado en las sesiones y por el otro lado

usa el análisis de conductas patológicas fuera de las sesiones como entrada a mostrarle al paciente que en las sesiones también tiene conductas inapropiadas que no se justifican. O sea que hay clarificación, reducción y exportación de la transferencia, a diferencia del análisis de los aspectos inconcientes. En cuanto a la neutralidad técnica está prácticamente abandonada, en el sentido de que el analista apoya los aspectos de los conflictos de los pacientes que significan mejor adaptación a sí mismo, a sus necesidades instintivas, al ambiente. Entonces lo importante es el efecto regulativo directo de apoyar estas conductas que favorecen la adaptación. El peligro es un dominio o imposición excesiva de valores o modos de relacionarse del analista, o sea una infantilización del paciente, peligro grande que siempre hay que evitar en la psicoterapia de apoyo.

Esta sería a grandes rasgos y en forma muy simple la diferenciación... La psicoterapia de apoyo no produce cambios fundamentales estructurales como los produce la psicoterapia psicoanalítica. Yo creo que no sólo el análisis sino también la psicoterapia psicoanalítica producen cambios estructurales. La psicoterapia de apoyo no. Pero la psicoterapia de apoyo puede ser llevada a cabo con una frecuencia mucho menor o mayor, da igual, una vez por semana, una vez al mes, tres veces por semana... depende de la urgencia y complejidad de los problemas, y constituye entonces un tratamiento, como la insulina para la diabetes, un apoyo muy respetable que está indicado en los casos en que están contraindicados la psicoterapia psicoanalítica o el psicoanálisis. Entonces el desarrollo de esta metodología es importante y en esta forma se puede plantear conceptualmente.

Hay un problema político que se plantea respecto a cómo actuar frente a las sociedades de psicoterapia existentes. A mi juicio el problema varía de país en país, no se puede generalizar, pero yo pienso que a la corta hay que establecer alianzas con las sociedades de psicoterapia según la fuerza que tenga el psicoanálisis en cada país con el fin de luchar por mejor reconocimiento, acreditación, título de psicoanalista, financiamiento de parte de autoridades estatales o cajas de seguro, y que la posición que adoptemos tiene que depender de la fuerza respectiva del psicoanálisis y de las otras sociedades psicoterapéuticas y entonces no hay una solución única. Mientras más poderosos y solos estemos, más podemos darnos el lujo de dictar cuáles son los estándares mínimos que debiera

aceptar la sociedad; mientras más chiquititos y débiles somos, y más dependemos de la voluntad de otros grupos, tenemos que aceptar que para empezar los estándares van ser muy reducidos y limitados y sólo con el tiempo, si las cosas andan bien, van a ser elevados. Hay que separar esta situación política de los conceptos teóricos, de la técnica clínica y del estudio de indicaciones y contraindicaciones de estas terapias.

Un problema es qué pueden hacer los institutos para reforzar la posición del psicoanálisis como originador de estas psicoterapias que tienen un amplio rango terapéutico, son económicamente muy positivas y más fáciles de hacer que el análisis clásico. Creo que ahí se plantea la problemática de si los institutos psicoanalíticos debieran formar primero a los analistas en psicoterapia. A mi juicio los institutos deberían empezar a formar a los candidatos en psicoanálisis y también en psicoterapia psicoanalítica; la pregunta siguiente es si los institutos deberían formar psicoterapeutas que no sean psicoanalistas. Esto es sumamente controversial y sería rechazado totalmente en muchos países europeos y aceptado de forma natural en los Estados Unidos. Así que hay factores culturales, hay diferencias de país en país; yo creo que valdría la pena hacerlo con el compromiso de esos psicoterapeutas de no hacerse pasar por psicoanalistas y aceptar no formar –a su vez– nuevos psicoterapeutas. Recordar que se necesitan analistas para esta formación. Pero creo que la ventaja sería que estos psicoterapeutas se sentirían ligados al instituto psicoanalítico y muchos de ellos terminarían cambiando de posición y haciendo la formación completa.

Creo que a la larga el desarrollo de estas psicoterapias y la investigación científica de estas psicoterapias en la demostración de su efectividad ayudará a expandir el tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico y la influencia del psicoanálisis. Le dará al psicoanálisis una función social y esto compensará los problemas económicos que significa el análisis de por sí. Así que veo el desarrollo de las psicoterapias como una de las herramientas para cambiar esta situación de desafío actual. Otra manera de hacerlo es un aumento de nuestros contactos con la sociedad, reinsertarnos en la psiquiatría, en la psicología clínica, en las humanidades, en las élites intelectuales, en los medios de comunicación, en la cultura... Creo que hay múltiples métodos y he formado el Comité de Psicoanálisis y Sociedad justamente para ayudar a las sociedades

a encontrar los métodos para llevarlo a cabo, ayudar a la comunicación mutua entre las sociedades de lo que ha sido útil; creo que es un importante paso para cambiar la situación en forma favorable.

A la larga el paso más importante, me parece, es el desarrollo científico del psicoanálisis desde la investigación clínica, hermenéutica, empírica y experimental, y si bien hay que diferenciar investigación de la situación psicoanalítica misma de investigación sobre la situación y fuera de la situación psicoanalítica, se formará –espero– una red de investigaciones relacionadas que deshacerá esta división un poco rígida a la que nos fuerza lo primitivo de nuestros métodos de investigación presentes, porque estamos recién empezando la metodología de investigación. Hay muchos analistas que tienen un miedo bárbaro a la investigación porque lo igualan a una investigación empírica un poco ingenua –a la norteamericana– pero no toda investigación es investigación empírica, y no toda investigación empírica tiene que ser necesariamente ingenua. Creo que hay que establecer métodos nuevos, tenemos que favorecer una élite de investigadores psicoanalistas. He tratado de reforzar la inversión de fondos y recursos en investigación científica de la I.P.A. creando el Cuerpo de Consejeros que ayuda a decidir cómo invertir fondos para ayudar a investigar –estamos gastando ahora fondos modestos pero es un comienzo, doscientos mil dólares anuales para apoyar la investigación y espero que esto pueda aumentarse.

Amalia Zirlinger: Un miembro de APdeBA, la Dra. Benito Silva, ha recibido fondos para continuar su investigación.

Otto Kernberg: Considero que el repunte científico del psicoanálisis será muy importante. Hay que cambiar la actitud, sean cuales sean las corrientes culturales. Y por último creo que hay que estimular el aumento de la productividad científica a través del intercambio, como lo estamos tratando de favorecer a través de las Conferencias Inter Regionales y publicaciones, traducciones, y también un cambio en la educación psicoanalítica, que a mi juicio crea la posibilidad de transformar los institutos psicoanalíticos en una especie de institutos universitarios, que no sólo transmiten conocimiento sino que desarrollan nuevo conocimiento y donde hay una relación de colegas entre candidatos y analistas. Hay una

necesidad de reexaminar la educación psicoanalítica que necesita cambios importantes para usar este tremendo potencial humano que tenemos, y que en parte no estamos utilizando.

Enrique Alba: A mí me gustaría retomar el tema de la psicoterapia y el psicoanálisis desde la perspectiva diagnóstica. Delimitado el método de la psicoterapia –con las características que usted claramente planteó y desarrolla en su trabajo– quedaría la utilización del método terapéutico de la psicoterapia psicoanalítica enmarcado dentro de un problema diagnóstico, ya que, como usted lo enunció, no sería para los pacientes clásicos. Pareciera ser entonces que habría pacientes clásicos para los cuales quedaría el psicoanálisis y pacientes no clásicos para los cuales serían las psicoterapias psicoanalíticas. Me gustaría conversar sobre este tema, haciéndole las siguientes preguntas: ¿es que actualmente hay más pacientes no clásicos que clásicos?; ¿es que ya no hay pacientes clásicos?, ¿es que los analistas se ven dificultados en utilizar los métodos clásicos para los pacientes clásicos?, ¿o confunden los pacientes clásicos con los pacientes no clásicos y entonces se confunden los métodos?

Otto Kernberg: Creo que hay varios problemas ahí; en primer lugar el aumento de psicoterapeutas de toda índole, de las psicoterapias breves, los tratamientos psicofarmacológicos, el alejamiento del psicoanálisis de la universidad, el conocimiento menor que la población tiene del psicoanálisis. Muchos pacientes empiezan yendo a todo tipo de psicoterapias realizadas por gente de formaciones variables, que se llaman psicoterapeutas y el público muchas veces no sabe qué formación tienen. A veces no tienen ni siquiera una formación clínica mínima... Entonces muchos de los pacientes que realmente necesitan análisis terminan en otros tratamientos; los casos más graves no mejoran con esos tratamientos y van siendo empujados de un terapeuta a otro hasta que terminan al final con el psicoanalista y entonces éstos son los casos que nos llegan. Creo que nos están llegando casos más graves porque llegamos a ser terapeutas de último recurso, excepto –por ejemplo– los candidatos, que en general son más sanos y los analistas didácticos tienen una clientela en general más sana, excepto la patología narcisista que es tan frecuente en los candidatos. Eso hace que en realidad el tipo de pacientes que ven los psicoanalistas

es en general más grave de lo que solía ser hace treinta años. Creo que ése es el factor más importante. Un factor secundario es que el desafío al psicoanálisis ha hecho que algunos psicoanalistas se sientan más amenazados en su identidad, y confrontados con pacientes que dicen: "yo no quiero análisis, yo quiero venir una o dos veces por semana", lo aceptan fácilmente porque se sienten menos seguros de qué tienen que ofrecer, hay una presión cultural para aceptar esto; por lo tanto algunos pacientes que claramente tienen indicación de análisis estándar no lo obtienen por problemas en la convicción de los psicoanalistas, dada esta atmósfera general.

Pero es cierto que un gran número de pacientes son graves, donde el psicoanálisis tiene indicaciones más limitadas, y algunos tienen realmente indicación para psicoterapia psicoanalítica. Yo creo que los psicoanalistas hacen psicoterapia psicoanalítica como si fuera un tratamiento de segundo rango por la actitud que tienen los institutos frente a las psicoterapias psicoanalíticas, y también hacen esos tratamientos por timidez en hacer análisis, cuando debieran hacerlo. El conocimiento de indicaciones y contraindicaciones más exactos y una actitud interna del psicoanalista de tener la convicción de que en algunos pacientes el psicoanálisis los podrá ayudar mucho más que otras psicoterapias, influirá sobre los pacientes y también facilitará que en muchos casos un tratamiento comience con una psicoterapia que pueda ser convertida en un psicoanálisis a través del trabajo con el paciente. Es necesario crear conciencia de enfermedad y se requiere la convicción del analista de que ésa es la indicación. A veces los psicoanalistas se sienten culpables en esta atmósfera de ver pacientes analíticamente como si lo hicieran por la mayor frecuencia y simplemente porque sus entradas van a aumentar con ello; es importante en este sentido una completa honradez de que uno le recomienda al paciente aquello que es mejor para él. Yo creo que ésta es una actitud de los psicoanalistas; cuando yo veo a un paciente y tengo dificultades en decidir exactamente qué le recomiendo, pienso qué le recomendaría si ese paciente fuera un hijo mío, mi mujer, mi madre... Y muchas veces cuando uno se plantea esa pregunta, la respuesta es mucho más fácil.

Creo que hay indicaciones, hay contraindicaciones; las indicaciones para el psicoanálisis están aumentando a medida que nuestros conocimientos técnicos aumentan. Por ejemplo creo que hoy en día tenemos mayores posibilidades de analizar pacientes regre-

sivos histéricos, pacientes con personalidad de tipo histriónico, incluso algunos pacientes con una personalidad borderline, en sentido estrecho; que desde luego los pacientes narcisistas tienen buen pronóstico siempre que no tengan tendencias antisociales excesivas. Es decir que la técnica analítica ha avanzado para tocar algunos casos que claramente están en el campo de las patologías de personalidad graves. Hay otros pacientes en los cuales el psicoanálisis claramente está contraindicado a mi juicio –y hay buena evidencia clínica para eso–, y hay analistas que ideológicamente piensan que se puede analizar a todo el mundo y empiezan, y después se arma una complicación que no saben manejar; mientras que otros analistas tienen en ese sentido una forma más realista de decidir dónde indicar psicoanálisis y dónde no. Algunos de esos casos analíticos que no terminan nunca son malas indicaciones donde el psicoanálisis empieza a reemplazar a la vida y el psicoanalista se ve tan metido que ya no se atreve a dejar al paciente solo, que parece que ya no podría vivir sin el psicoanálisis... y ésta es una de las críticas que se nos hace: de una indicación indiscriminada y de crear dependencia artificial de algunos pacientes, y en algunos casos eso es cierto. Así que tenemos que ser muy honrados, y por otra parte la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica bien llevada por el psicoanalista es más efectiva que cualquier otro tratamiento que puede dar un no analista. Esto hace que no debamos preocuparnos –al contrario–, tenemos cosas importantes para contribuir a la cultura, al tratamiento médico, y también al tratamiento de capas desaventajadas de la población, usando la psicoterapia psicoanalítica de grupo que ha sido dejada de lado después que hubo avances tan importantes en los ´50 y los ´60. Me refiero especialmente a la psicoterapia psicoanalítica basada en un modelo bioniano pero no en la técnica bioniana pura, sino en las modificaciones introducidas por Sutherland y Esbrield por un lado, y por Fulcks y Anttomy por el otro. Creo que esas psicoterapias psicoanalíticas son sumamente útiles, yo mismo utilizo el método de Sutherland y Esbrield en el tratamiento de nuestros pacientes limítrofes que están en el hospital diurno, a veces como iniciación de tratamiento de psicoterapia psicoanalítica individual, a veces como complemento de psicoterapia psicoanalítica individual.

No sé si le he contestado la pregunta.

Enrique Alba: Sí, sus respuestas abren más preguntas, y eso es lo bueno. Me parece interesante y se lo formulo como una pregunta: estos distintos métodos, el analítico, el de la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo parecía que actuaban en forma independiente y por momentos me da la impresión que pueden ser fases de un tratamiento, por ejemplo utilizar determinado método para la iniciación de un tratamiento,... ...¿Cómo ve usted la interrelación entre estos tres métodos, tres técnicas o tres recursos, ya que a todos usted los teoriza dentro de una perspectiva psicoanalítica? Evidentemente usted le da un lugar importante a cómo manejar y cómo conceptualizar la transferencia y las diferencias que hay dentro del psicoanálisis, las terapias psicoanalíticas y de apoyo.

Otto Kernberg: Yo creo que hay indicaciones y contraindicaciones para cada uno de esos tres métodos: psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y de apoyo. Las indicaciones del psicoanálisis las conocemos; la psicoterapia psicoanalítica está indicada en una personalidad con tendencias suicidas y parasuicidas caracterológicas, en los trastornos de la alimentación, las conductas antisociales, alcoholismo y adicciones a pesar de que éstas exigen modificaciones de técnica. Creo que la psicoterapia de apoyo está indicada en los casos en que por razones individuales está contraindicada una psicoterapia psicoanalítica, casos en que hay inteligencia limitada, donde existe una ventaja secundaria de enfermedad muy grande, una impulsividad excesiva, una tendencia autodestructiva tan grave que hay que estructurar la vida del paciente en forma tan intensa que ya no hay lugar para un contacto con neutralidad técnica, etc.

En general, cuando uno tiene dudas en cómo tratar al paciente, es ideal tratarlo con la modalidad más expresiva. Es decir, si hay dudas entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica mejor es empezar con psicoanálisis y cambiar a psicoterapia psicoanalítica porque así se tiene neutralidad técnica; si está entre psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo es mejor empezar con psicoterapia psicoanalítica y cambiar a la de apoyo si no va.

Pero por otro lado si uno cree que hay resistencias enormes a la indicación de psicoanálisis y uno siente que comenzando a ver al paciente en psicoterapia –ya sea de apoyo o psicoanalítica– se puede establecer una confianza suficientemente estable y se pueden resolver las resistencias lo suficiente como para que el paciente esté en el tratamiento ideal, este tipo de conversión justifica

empezar con la modalidad de apoyo e irse hacia el lado analítico. Y una vez que está estabilizada la modalidad dominante yo creo que hay que mantenerse dentro de ella. Mi posición es una posición de minoría. La gran mayoría de los analistas americanos que hacen psicoterapia mezclan lo analítico y el apoyo; yo trato de mantenerlos en forma muy separada, si es que puedo. Creo que hay una ventaja en no hacer apoyo cuando se hace psicoterapia psicoanalítica porque permite analizar la transferencia en forma más limpia; creo, por otro lado, que cuando se hace psicoterapia de apoyo es importante atreverse a ser muy directo, porque tratando de ser analítico uno da un apoyo demasiado diluido.

El aspecto práctico del tiempo y las finanzas del paciente juegan un rol, por supuesto; si el paciente viene de la provincia para cada sesión hay que tomarlo en cuenta porque bajo esas condiciones un tratamiento psicoanalítico puede ser un ejercicio masoquista, que mantiene o empeora la patología. Por otro lado –como ya lo he dicho– la psicoterapia de apoyo es mucho más flexible en cuanto a que exige un menor número de sesiones... La realidad social del paciente influye, pero yo tengo la convicción de que el analista puede tener una posición realista en cuanto al valor del psicoanálisis. Muchas veces el paciente está pobremente motivado, y yo paso varias sesiones explicándole que su tratamiento ideal es psicoanálisis y rehuyo hacer otro tratamiento, a pesar de que el paciente me lo pide y le digo: "mire, esto no está indicado, mejor espere, venga después, y si usted no está de acuerdo conmigo consulte otro psiquiatra. Le doy los nombres, pero ésa es mi opinión". A veces esta firmeza de opinión mía ha hecho que el paciente acepte mi recomendación cuando inicialmente no quería hacerlo, así que la convicción del psicoanalista es un factor más en este sentido.

Enrique Alba: La convicción no solamente durante la iniciación del tratamiento sino durante todo el proceso, en la medida que cada movimiento es una decisión. En este movimiento de elegir una terapia psicoanalítica con la posibilidad de pasar a una psicoterapia de apoyo o elegir ésta con la posibilidad de que se transforme en psicoterapia psicoanalítica, son momentos que implican una convicción en cuanto a cómo dirigir el método.

Otto Kernberg: Claro, una convicción en lo que hace a la indica-

ción y contraindicación y un manejo de la técnica en lugar de dejar que el paciente elija lo que hará. Creo que es un poco absurdo que el paciente nos diga lo que piensa hacer, es lo mismo que alguien le diga a su paciente "usted necesita operarse de la vesícula", y el paciente le diga "no, es mucho, sáqueme sólo el apéndice"; "bueno está bien, le sacamos sólo el apéndice". La convicción del analista es un factor importante y es afectada por la cultura que lo rodea. Si el analista está sólo en un mar de críticas y escepticismo es más difícil mantener la identidad. En ese sentido la institución psicoanalítica es importante para ayudar a mantener la identidad del analista, lo mismo que la supervisión entre colegas ayuda a tolerar y a elaborar la contratransferencia del analista que trata casos muy graves. Es mucho más difícil hacerlo en la soledad absoluta, enfrentado con la agresión brutal que tienen algunos de estos enfermos.

Amalia Zirlinger: De la investigación que se hizo en el año ´95 en APdeBA se desprende que los psicoanalistas, aun cuando están trabajando en condiciones no ideales –es decir no realizan psicoanálisis estándar, con tres o cuatro veces por semana– de todas maneras tienen el convencimiento de que incluso trabajando menos horas semanales con el paciente llevan a cabo tratamientos psicoanalíticos; no por ello los consideran tratamientos psicoterapéuticos. Esto es interesante...

Otto Kernberg: Sí, es interesante y se ve también en ciertos analistas de formación y orientación francesa. La posición extrema es que todo lo que hace el psicoanalista es psicoanálisis; mientras él considere la neutralidad técnica, la abstinencia, el análisis transferencial, considere la sexualidad inconciente infantil, el complejo de castración, la seducción sexual y la escena primaria es psicoanálisis. Yo creo que esto es una ilusión y que son análisis tan diluidos que son sólo sombras de lo que es el análisis. He supervisado análisis hechos con dos sesiones por semana y lo que pasa en general es que se transforman en psicoterapias, o en análisis de imitación; las interpretaciones profundas tienen un aspecto mágico y están desconectadas de la vida del paciente; no hay lugar para el análisis de la transferencia, porque la transferencia disminuye, se diluye, y las interpretaciones se llevan cada vez más hacia hipótesis sobre la vida pasada del paciente; ya no pasa por los

significados inconcientes del aquí y ahora; hay intelectualizaciones y lavado de cerebro. No son buenas terapias en general. Mucho mejor es cuando, bajo esas circunstancias, el analista cambia su técnica, en el peor de los casos hace una buena terapia de apoyo o psicoanalítica.

Pero ésta es mi opinión, hay gente que piensa que no existen más que psicoterapias psicoanalíticas –que incluye al psicoanálisis–. Son la misma cosa, hecha con frecuencia de una o dos veces por semana, siempre que se incluya la libre asociación, la abstinencia, la neutralidad técnica, el análisis de significados inconcientes, la consideración de las estructuras de la sexualidad infantil, etc. Yo creo que es una ilusión y que el análisis exige una cierta frecuencia mínima, para permitir la activación de una relación transferencial suficientemente poderosa como para ser analizable y ser un instrumento terapéutico.

Amalia Zirlinger: ¿Dónde ubicaría Ud. este mínimo, en tres sesiones semanales?

Otto Kernberg: Sí, tres a cuatro sesiones. Yo diría que muchos casos andan bien con tres sesiones; las estructuras narcisistas exigen en general más, cuatro sesiones; creo que el análisis didáctico conviene hacerlo cuatro veces por semana porque significa una experiencia mucho más intensa que conviene al candidato que hará psicoanálisis. El candidato debiera tener por lo menos alguna experiencia en análisis de cuatro veces por semana para ver qué es una regresión muy intensa, cuatro o cinco veces por semana. Reconozco que también alguien podría formarse con algunos análisis de tres veces por semana... Creo que hay que discutir todo esto en las sociedades psicoanalíticas. Es un problema conceptual, teórico, y también es un problema político porque hay una división de las sociedades psicoanalíticas, algunas están fuertemente convencidas de que hay que bajar la frecuencia a tres veces por semana por las demandas y restricciones de tipo social, mientras otras están igualmente convencidas que, en el fondo, son los psicoanalistas los que han perdido la fe en el análisis; que es absoluto e indispensable hacer análisis de cuatro o cinco veces por semana, y que la reducción significa una pérdida de la identidad del análisis en profundidad. Yo creo que estas dos posiciones tienen que conversar una con la otra, que es un proceso evolutivo y que es

importante desde el punto de vista de la I.P.A. evitar acciones unilaterales de ninguna sociedad en reducir la frecuencia. Si alguna sociedad quisiera hacerlo debería presentarse como un proyecto, una proposición, para que se discuta a nivel general de la I.P.A. y para que se llegue a acuerdos comunes, incluso de políticas muy flexibles, y se mantenga el marco común de las instituciones de la I.P.A. porque la pérdida de ese marco sí afectaría gravemente la identidad psicoanalítica, y ése es un peligro que quiero evitar.

Enrique Alba: El tema nos ha llevado a la formación de los analistas. Me parece que tanto un psicoanálisis como una psicoterapia psicoanalítica, e incluso hasta una psicoterapia de apoyo, difícilmente podrían ser realizados por alguien que no haya estado bajo cierta formación analítica. Incluso para realizar una psicoterapia de apoyo se necesitaría cierta concepción de la transferencia y de cómo ubicarse, cómo manejar la regla de abstinencia y la transferencia. O sea que, en ese sentido, da la impresión que serían tres formas de abordaje de la clínica bajo la égida de una concepción psicoanalítica. Difícilmente se me ocurre que alguien que no haya tenido una formación analítica más o menos entrenada podría hacer esta distinción entre estos tres tipos de manejo o abordaje clínico, cosa que plantea alguno de los problemas que usted trajo en relación al lugar de los institutos en la formación de los analistas y cómo concebir en estos momentos la formación de un analista, que tendría que estar dispuesto y preparado para ejercer distintas formas de abordaje clínico.

Norberto Helman: Me parece que se da una paradoja, ya que no hay formación en nuestro instituto sobre psicoterapia, aunque pensamos que la psicoterapia tendría que ser hecha por psicoanalistas. A mí esto me parece una paradoja.

Amalia Zirlinger: La situación, además, es que se prepara a los candidatos para hacer psicoanálisis y después no tienen pacientes para hacer psicoanálisis.

Norberto Helman: Esa es otra cuestión, yo me refiero al hecho de que si el profesional mejor preparado para hacer psicoterapia es el psicoanalista, sin embargo tendría que estudiar otras psicoterapias

en otra parte. Por esto lo veo paradójico.

Otto Kernberg: Muy de acuerdo, es una paradoja. Yo creo que hay varios problemas ahí: primero, como ya dije, hay que clarificar conceptualmente psicoterapia, psicoanálisis, indicaciones, contraindicaciones; segundo quién y dónde lo enseña. A su vez esto tiene varios aspectos. Yo creo que los psicoanalistas deberían aprender psicoterapia psicoanalítica y que los institutos deberían enseñarla, de eso no tengo ninguna duda. Los institutos pueden enseñar lo mejor y los candidatos pueden aprender lo mejor, fácil y elegantemente pueden aprender psicoterapia de grupo, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de pareja... porque con la formación en psicoanálisis tienen múltiples recursos y creo que esto no tiene por qué afectar la identidad analítica, siempre que las diferencias, indicaciones y contraindicaciones estén claras. Lo que digo es controversial –hay muchos analistas que están fuertemente en contra de esto, por considerar que afecta negativamente la identidad–, especialmente analistas de la escuela francesa.

Segundo, la formación de psicoterapeutas psicoanalíticos no analistas ¿es factible o no? La respuesta que tengo es una respuesta práctica, por experiencia. Yo he formado por muchos años psicoterapeutas psicoanalíticos como parte de mi investigación del tratamiento con psicoterapia psicoanalítica de pacientes limítrofes; son pacientes tan graves que la gran mayoría de ellos no tendría cabida conceptualmente en el diván para ningún analista de ninguna escuela; son pacientes muy, muy graves que tratamos. Y he visto que psiquiatras en formación, residentes después del tercer año de formación, que han tenido cursos especializados en estas psicoterapias psicoanalíticas que hemos desarrollado con mi equipo, a quienes hemos supervisado con videos, audio y supervisión intensa individual, y además se han aprendido de memoria nuestro manual, algunos de ellos son capaces de hacerlo muy bien sin tener experiencia terapéutica personal, sin tener experiencia analítica. Los que tienen experiencia terapéutica o analítica personal son en general capaces de hacerlo mejor, y alguna gente no es capaz de hacerlo, con o sin formación analítica. De modo que es posible que psicoterapeutas, sin tener análisis personal, lo hagan, aunque es altamente deseable que tengan un psicoanálisis personal.

Yo pienso que en vez de hacerlo como condición previa, los

institutos psicoanalíticos pueden ofrecer esta enseñanza a alto nivel teórico, en seminarios y supervisión de psicoterapia psicoanalítica y elegir gente que ya tengan una función general psicoterapéutica (psiquiatras, psicólogos). Rápidamente se verán cuáles son las manchas ciegas que les impiden tratar ciertos aspectos de estos pacientes, quiénes de ellos necesitan tratamiento, y el supervisor con tacto le puede sugerir entrar en una terapia personal o en un psicoanálisis, para poder hacer este tratamiento que de otro modo estaría dificultado por estos problemas. En general tienen mucho éxito en obtenerlo, ya no como un requerimiento burocrático general, sino para una problemática específica del candidato, y éste es el camino para que entren en psicoterapia o psicoanálisis.

Si al mismo tiempo a estos candidatos se les pide como condición para formarlos como psicoterapeutas psicoanalíticos que se comprometan a no llamarse psicoanalistas sino psicoterapeutas, y además se comprometan a no formar ellos más psicoterapeutas porque se necesita ser analista para formar a psicoterapeutas psicoanalíticos, y uno tiene confianza en la honradez de esta gente, creo que a la larga podemos desecar los institutos que compiten con nosotros y ofrecer una formación mucho mejor que nos pondrá en el centro de la actividad psicoterapéutica. Es un camino importante y es lo que pienso. Sin embargo esto de ofrecer la formación a no analistas en psicoterapia psicoanalítica es altamente controversial, con fuerte oposición de muchas sociedades. El primer punto, que los analistas se formen en psicoterapia, es aceptado mucho más fácilmente. Este último punto le saca ronchas –por ejemplo– a los analistas franceses y posiblemente a los italianos también, aunque es totalmente aceptable para analistas americanos –hay institutos americanos que lo están haciendo– y yo creo que tampoco sería controversial para institutos alemanes, porque tienen esta posición muy nítida de separación conceptual entre psicoanálisis y psicoterapia, se ven menos afectados, amenazados por las psicoterapias.

Enrique Alba: Quería hacer un comentario porque acá, en la Argentina, se ha dado un fenómeno inverso. Hubo una época en donde esto era claramente separable –la formación analítica de la formación psicoterapéutica–. Tal es así que los analistas fundaron una escuela de psicoterapia psicoanalítica. Pero paradójicamente la diferencia que estaba tan clara al principio se fue diluyendo; y

actualmente hay una franja donde no queda muy clara la diferencia, por lo menos para muchos.

Otto Kernberg: Pero si no les queda claro es porque entonces hay un problema en la conceptualización y en la preparación teórica y técnica de los profesores. Por ahí tenemos que empezar: primero en la conceptualización, después en la enseñanza, y después en los arreglos políticos correspondientes.

¿Los sorprendí con algo o esperaban esta posición de mí?

Enrique Alba: No, hemos estado leyendo las cosas que usted escribió, y es coherente con su línea de pensamiento. Ha sido ésta la oportunidad de aclarar los aspectos institucionales y formativos.

Otto Kernberg: Estas son ideas nuevas... Usted se cansará porque lo repetiré esta noche.

Amalia Zirlinger: Le agradecemos mucho todas sus consideraciones y el tiempo que nos ha brindado.

Descriptores: Investigación. Psicoanálisis. Psicoterapia de apoyo. Psicoterapia psicoanalítica.

Otto Kernberg
New York Hospital
Cornell Med. Center
Westchester Division
21 Bloomingdale Road, White Plains
NY 10605
U. S. A.