

ENTREVISTA AL DR. OTTO KERNBERG

Jaime Nos



1. Trayectoria profesional

Empezaré con un breve resumen de la trayectoria profesional del Dr. Otto Kernberg.

Otto Kernberg nació en Viena en 1928. Durante su infancia, su familia, de origen judío, decidió exiliarse en Chile para escapar de la persecución nazi. En alguna ocasión, he oído a Kernberg narrar su recuerdo infantil de despertar alarmado durante la noche y oír cómo sus padres planeaban sigilosamente la huida de Austria.

En 1954, luego de completar la carrera de Medicina en Santiago de Chile, Kernberg comenzó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis, que había sido fundada pocos años antes por Ignacio Matte-Blanco. Matte-Blanco (formado en Londres con una orientación del grupo independiente o *Middle Group*, pero que a la vez tenía gran interés por la psicología del yo, la teoría kleiniana, la psiquiatría alemana, la fenomenología y el análisis existencial) fomentó una diversidad de perspectivas teóricas en la Sociedad Chilena, lo cual permitió a Kernberg adquirir un

conocimiento profundo tanto del modelo de la psicología del yo clásica de aquel periodo (Anna Freud, Fenichel, Hartmann, Wilhem Reich, Annie Reich, etc.) como del modelo kleiniano, que progresivamente fue predominando en el Instituto Psicoanalítico chileno debido a la influencia del psicoanálisis argentino.

Al terminar su formación psicoanalítica, Kernberg era ya consciente de que las diferencias entre los modelos técnicos de la escuela de la psicología del yo y la kleiniana eran consecuencia de las diferentes perspectivas teóricas en las que se basaban una y otra.

Kernberg decidió contrastar estas dos perspectivas teórico-técnicas con una tercera perspectiva: la de la escuela interpersonal norteamericana de H. S. Sullivan, y en concreto con las ideas de Frieda Fromm-Reichmann sobre el tratamiento de psicóticos y pacientes graves. Becado por la Fundación Rockefeller, Kernberg pasó un año en la Universidad John Hopkins (Baltimore) donde se familiarizó con las técnicas de psicoterapia psicoanalítica para pacientes graves que habían elaborado Fromm-Reichmann y los autores de orientación interpersonal más influyentes de aquel momento (Jerome Frank, Otto Will y otros). Durante ese mismo periodo, Kernberg visitó los centros hospitalarios de tratamiento psicoanalítico más importantes de Estados Unidos (Chestnut Lodge, Austen Riggs, The Menninger Foundation, etc.) y estuvo en contacto con autores como Erikson, Robert Wallerstein y David Rappaport. Posteriormente, Kernberg pasó un periodo como estudiante invitado en el Instituto Psicoanalítico de Baltimore, en el que predominaba la perspectiva de la psicología del yo clásica, lo cual le permitió contrastar este enfoque con el de la escuela interpersonal.

Finalmente, Kernberg decidió volver a Chile. Pero al poco tiempo -a principios de la década de 1960- Wallerstein le ofreció participar en el proyecto pionero de investigación sobre la eficacia y las indicaciones del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica que se iba a iniciar en la Fundación Menninger (*The Menninger Foundation Psychotherapy Research Project*). Desde entonces hasta la actualidad, Kernberg ha continuado investigando la eficacia del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en diferentes tipos de pacientes.

Durante sus años en la Fundación Menninger (Topeka, Kansas) -que por entonces era un centro de formación psicoanalítica de prestigio mundial- Kernberg se centró en

estudiar, elaborar e integrar las ideas desarrolladas por autores de diferentes perspectivas teóricas: los modelos de Margaret Mahler y Edith Jacobson sobre el proceso de internalización en la mente del niño de las interacciones con los objetos más significativos del desarrollo temprano, y su descripción de las tareas complementarias que tiene el yo arcaico durante ese periodo (diferenciar las imágenes del *self* y del objeto e integrar las imágenes contradictorias, idealizadas y devaluadas, del *self* y de los objetos); las ideas de Erik Erikson sobre el desarrollo y los trastornos de la identidad (en concreto, su concepto de difusión de la identidad); y las teorías de Ronald Fairbairn y de Melanie Klein sobre defensas y relaciones de objeto primitivas. Kernberg integró las ideas de estos autores y desarrolló -desde la perspectiva estructural de la psicología del yo- sus modelos de relaciones de objeto internos y de desarrollo temprano, y basado en estos modelos elaboró su concepto de organización borderline de la personalidad (que describe las características estructurales comunes y el origen genético-dinámico de un amplio espectro clínico de pacientes con trastornos graves de la personalidad, de nivel intermedio entre neurosis y psicosis) y diferenció estructuralmente las diversas formas y grados de la patología narcisista, desde el narcisismo infantil normal hasta las personalidades narcisistas.

En 1973, Kernberg se trasladó a Nueva York, donde fue nombrado director de la Unidad de Pacientes Graves del Instituto Psiquiátrico y analista didáctico del Instituto Psicoanalítico de la Universidad de Columbia. Allí fue donde yo me formé y tuve la oportunidad de desarrollar una amistad con Otto y Paulina Kernberg (su primera mujer, ya fallecida, que fue mi supervisora de mi segundo paciente supervisado). En ese periodo -final de la década de 1970- Otto ya impartía seminarios en el Instituto de la Universidad de Columbia sobre el modelo kleiniano (en especial, sobre la obra de Bion, Rosenfeld, Meltzer y Betty Joseph), algo inédito hasta entonces en los institutos psicoanalíticos de Estados Unidos.

Desde 1976, Otto es director del Instituto de Trastornos de la Personalidad del New York-Presbyterian Hospital, Westchester Division, y profesor de Psiquiatría de la Universidad Cornell de Nueva York.

Durante las últimas cinco décadas, Kernberg ha publicado una multitud de artículos y monografías -algunas de las cuales se han convertido en clásicos de la bibliografía

psicoanalítica- en los que ha desarrollado diversas áreas teóricas y técnicas.

Mencionaré someramente algunos de los temas en los que se ha centrado Kernberg a lo largo de su obra: la descripción de la organización estructural, el origen genético-dinámico y las manifestaciones clínicas de un amplio espectro de pacientes con una *organización borderline de la personalidad*, un concepto acuñado por él a finales de la década de 1960; la diferenciación estructural de los diferentes niveles de severidad de patología narcisista, desde el narcisismo infantil normal hasta la personalidad narcisista; la comparación teórica y técnica de los diversos modelos de relaciones de objetos internos (el kleiniano, el del *Middle Group* y el de la psicología del yo, elaborado por Mahler, Jacobson y él mismo); la diferenciación del gradiente de severidad de las perversiones (desde la simple perversión sexual del paciente neurótico hasta la perversidad de los pacientes con una personalidad psicopática o una personalidad narcisista con “narcisismo maligno”), un gradiente que depende de su origen genético-dinámico, la severidad de la patología de la personalidad del paciente y el grado de influencia de la agresividad en su personalidad; el estudio de las vicisitudes del amor y el odio en las relaciones de pareja; el análisis de la influencia de las ideologías y los conflictos en las organizaciones sociales; la ampliación de la teoría psicoanalítica de los afectos, que incorpora los datos de la investigación reciente en el campo de las neurociencias y concibe los afectos primarios del bebé (gratificación y frustración) como factores biológicos de motivación que se organizan progresivamente a través de la internalización de las relaciones con los objetos primarios para formar las pulsiones de amor y odio; el análisis de las controversias técnicas y teóricas del psicoanálisis contemporáneo; la crítica del autoritarismo y el aislamiento de los institutos psicoanalíticos y su efecto inhibitorio de la creatividad de los candidatos; la descripción detallada de las resistencias de las instituciones de formación psicoanalítica a abrirse a otros campos de la ciencia; una defensa, sólidamente argumentada, de la importancia de la investigación y la comunicación interdisciplinaria en el psicoanálisis actual.

Aparte de estos temas teóricos y técnicos, Kernberg ha escrito sobre muchos otros que no puedo describir en detalle en este breve resumen.

Su proyecto actual es el desarrollo de un método manualizado de *psicoterapia psicoanalítica focalizada en la transferencia* (TFP) para pacientes con una organización

borderline de la personalidad, así como también investigar la eficacia de este método. Este fue el tema en el que se centró la conferencia que Kernberg dio en la inauguración del congreso organizado por la Sociedad Española de Psicoterapia del Niño y del Adolescente (*Sepypna*), que tuvo lugar en Barcelona los días 21 y 22 de octubre de 2010.

2. Conferencia en la Sociedad Española de Psicoanálisis

El 22 de Octubre de 2010 por la noche, Kernberg dio una conferencia en la Sociedad Española de Psicoanálisis titulada *Tendencias divergentes en la teoría psicoanalítica: una crítica de algunos autores neo-bionianos y relacionales*. A continuación, haré un breve resumen de esa conferencia.

Kernberg opina que las divergencias teóricas más significativas en el psicoanálisis actual provienen de dos orientaciones cuya influencia ha ido en aumento durante los últimos años: por un lado, el psicoanálisis relacional, en auge en Estados Unidos; y por otro, la orientación neo-bioniana, adoptada por un creciente número de analistas europeos, estadounidenses y sudamericanos.

Entre los autores neobionianos, Kernberg se centró especialmente en las ideas de Antonino Ferro.

Ferro propone un modelo técnico cuyo objetivo central es la transformación de los *elementos beta* del discurso del paciente en *elementos alfa* (un proceso que Ferro denomina “alfabetización”). Ferro recomienda tratar las asociaciones del paciente como si fueran el contenido manifiesto de un sueño, que el analista ha de transformar evocativamente por medio de su función de *reverie*. Según Ferro, la interacción entre la asociación libre del paciente y las asociaciones del analista en su función de “soñar despierto” el material de la sesión (entendido como un sueño) irá transformando progresivamente las distorsiones del paciente y acercándose a su verdad emocional profunda (el concepto bioniano de “O”, que jamás puede alcanzarse).

Ferro basa sus ideas en conceptos de otros autores: por un lado, el concepto de *tercero analítico*, un término acuñado por Ogden (otro importante analista neobioniano) para referirse al nuevo punto de vista que emerge en el diálogo psicoanalítico y que es co-

creado intersubjetivamente por paciente y analista; por otro lado, el concepto de *campo analítico* de Baranger y Baranger, un concepto que estos autores utilizaron en un sentido específico para describir el espacio de la relación analítica, en el que existe una apertura de comunicación entre analista y paciente que permite el análisis de la transferencia y la contratransferencia. Según Baranger y Baranger, esta comunicación puede bloquearse a causa de una resistencia rígida, conjunta y colusiva entre paciente y analista (*bastión*) debido a puntos ciegos del analista.

Ferro amplía los conceptos de *tercero analítico* y *campo* más allá de su significado original. Según Ferro, el *campo analítico* se constituye por la combinación de todas las identificaciones proyectivas del paciente y el analista: la interacción entre las asociaciones del paciente y el *reverie* del analista va generando nuevas narrativas interpretativas, metafóricas (el *tercero analítico* intersubjetivo) que se irán aproximando al nivel más profundo de la experiencia inconsciente del paciente. Ferro recomienda que el analista centre su foco de atención en el *campo*, en la experiencia intersubjetiva de la sesión: su objetivo es evaluar si la comunicación entre paciente y analista es "abierta" o "cerrada" y si contribuye a "alfabetizar" los elementos *beta* que emergen constantemente en el material, a transformar la experiencia del paciente y a acceder a los niveles más profundos de su verdad inconsciente.

Las críticas de Kernberg al enfoque teórico de Ferro son varias. En opinión de Kernberg, este enfoque no diferencia claramente la identificación proyectiva y la contratransferencia, ni tampoco diferencia entre el campo analítico (un espacio de comunicación abierta) y las interferencias en la comunicación generadas por *enactments* contratransferenciales, todo lo cual dificulta el análisis de la participación del paciente en esos *enactments*.

Igualmente, Kernberg opina que la expansión excesiva de los conceptos bionianos de elementos *alfa* y *beta* genera problemas teóricos y técnicos: Bion concibió los elementos *beta* como una forma de proto-pensamiento (caracterizado por sensaciones y emociones primitivas) que es resultado de la identificación proyectiva patológica; en cambio, Ferro expande el concepto de elementos *beta* para referirse a todas las experiencias inconscientes intolerables. Según Kernberg, esta expansión de los conceptos de elementos

alfa y *beta* reemplaza -solapadamente- el modelo freudiano de consciente e inconsciente y el modelo estructural de organización tripartita, y genera un caos técnico debido a que Ferro no conecta sistemáticamente su modelo teórico con una teoría de la técnica.

Además, Kernberg hace otras críticas al enfoque técnico de Ferro: su recomendación de que el analista “sueñe despierto” el material de la sesión genera una atmósfera irreal y mística en el tratamiento que dificulta la diferenciación entre reacciones transferenciales de origen inconsciente y realidad externa, lo cual disminuye la capacidad del analista de conectar la transferencia con sus orígenes inconscientes infantiles y con el funcionamiento del paciente fuera de la sesión. Igualmente, Kernberg opina que la recomendación de Ferro de centrar el foco de atención en el *campo analítico* genera otros problemas técnicos: no ayuda al paciente a auto-observar su funcionamiento mental; y descuida importantes tareas técnicas, como el análisis del carácter, la evaluación diagnóstica del nivel de severidad estructural de la patología de la personalidad del paciente (incluida la diferenciación entre patología de nivel borderline y las psicosis, debido a que el término “psicótico” es utilizado de forma laxa y ambigua) y las indicaciones del tratamiento idóneo para cada tipo de paciente.

A continuación, Kernberg describió algunas de las perspectivas que han contribuido al origen del psicoanálisis relacional actual: el psicoanálisis interpersonal y culturalista de H.S. Sullivan centrado en el *self* y su campo interpersonal; la psicología del *self* de Kohut; la perspectiva constructivista de Gill y Hoffmann; la visión de ciertos autores (como Ogden, Stolorow y otros) de que la mente y el significado de la relaciones con los demás – incluida la relación analítica- se constituyen a través de un proceso intersubjetivo; la crítica de algunas psicoanalistas feministas (como Jessica Benjamin, Nancy Chodorow, y otras) de la estructura jerarquizada de la educación psicoanalítica; la ideología antiautoritaria de la década de 1970 y 1980; y un cambio en la visión de la agresividad, que los autores relacionales no consideran una pulsión sino una consecuencia de una ruptura traumática de la relación con el otro.

Kernberg destaca las siguientes características técnicas comunes a las diversas orientaciones del psicoanálisis relacional: una perspectiva constructivista que considera que la verdad es co-creada intersubjetivamente por el paciente y el analista; una actitud

del analista de empatía, autenticidad, igualdad y reciprocidad en la comunicación, que permite al analista ser espontáneo en su interacción con el paciente y revelar su contratransferencia (Renik); el foco de atención del analista se centra en la relación entre paciente y analista (*psicología de dos personas*) y, especialmente, en las rupturas de la comunicación intersubjetiva entre ambos, en los fallos empáticos del analista (incluido el reconocimiento mutuo de esas rupturas y fallos) y en la actualización en la transferencia de las experiencias traumáticas del pasado del paciente. Estas características del psicoanálisis relacional se conciben como un paradigma alternativo al del psicoanálisis clásico, caracterizado por una actitud de neutralidad, anonimato y abstinencia, un foco en el mundo intrapsíquico del paciente (*psicología de una persona*) y una perspectiva objetivista, que considera que el analista es un observador objetivo, una autoridad que conoce la “verdad objetiva” sobre el paciente.

Las críticas de Kernberg al psicoanálisis relacional son diversas: la visión de la transferencia como una co-construcción del paciente y el analista no permite diferenciar entre las respuestas realistas del paciente a la conducta del analista y las reacciones del paciente causadas por sus conflictos inconscientes, que son inapropiadas a la situación actual; la confusión entre la contratransferencia generada por la transferencia del paciente y la generada por los conflictos inconscientes del analista dificulta la precisión del análisis de la transferencia, descuida la exploración de sus orígenes inconscientes pasados, y hace que el análisis se concentre en la relación actual entre paciente y analista; esta concentración en el “campo” interpersonal-intersubjetivo analítico fomenta un descuido del análisis de la patología del carácter del paciente y una racionalización de sus *enactments* en la relación analítica; el énfasis en la autenticidad, igualdad, y reciprocidad en la comunicación emocional del analista fomenta el *acting out* contratransferencial y dificulta su diferenciación de los *enactments* transferenciales-contratransferenciales típicos del tratamiento de estos pacientes; finalmente, el rechazo del concepto de pulsión y de la dimensión evolutivo-estructural de los conflictos inconscientes promueve un descuido del análisis de la sexualidad y la agresividad primitivas.

3. Entrevista a Otto Kernberg

Mi entrevista a Otto Kernberg tuvo lugar el último día de su estancia en Barcelona, una ciudad por la que él siente especial predilección y que en muchos aspectos le recuerda a su Viena natal. La entrevista duró unos -escasos- 45 minutos y no fue grabada: la brevedad de algunas de las respuestas del Dr. Kernberg se debe a la limitación de tiempo; cualquier inexactitud en mi versión de sus respuestas es responsabilidad exclusivamente mía.

Jaime Nos: Muchas gracias Otto por concederme esta entrevista para la revista digital TEMAS DE PSICOANÁLISIS. Tu presentación de ayer (22 de Octubre de 2010) en la Sociedad Española de Psicoanálisis, así como las preguntas posteriores, se centraron en temas relacionados con la teoría de la técnica psicoanalítica; en cambio, yo quisiera centrar esta entrevista en temas clínicos más concretos. Mi primera pregunta es la siguiente: ¿Qué repercusiones técnicas ha tenido tu concepto de organización borderline de la personalidad?

Otto Kernberg: El concepto de organización borderline de la personalidad (OBP) tiene como objetivo diferenciar la sintomatología, la experiencia subjetiva y las características estructurales comunes de un amplio espectro clínico de pacientes graves: difusión de su identidad; predominio de defensas primitivas; su conservación del criterio de realidad; dificultades en la regulación de sus afectos y en la expresión de su sexualidad y su agresividad; valores e ideales contradictorios e inconsistentes; y dificultades en sus relaciones con los demás.

La premisa fundamental del modelo nosológico psicoanalítico de los trastornos de la personalidad en el que baso el concepto de organización de la personalidad es la siguiente: la sintomatología y los problemas subjetivos de estos pacientes son manifestaciones de un fallo en la integración de los afectos y las representaciones de sí mismo y los demás de signo opuesto (idealizadas y agresivas) que son producto de la internalización de las relaciones con los objetos más significativos a lo largo del desarrollo, un proceso por medio del cual se forman las estructuras de la personalidad. El fallo en la integración de estas

estructuras se debe al predominio de la agresividad en estos pacientes que, para proteger su experiencia del *self* y del objeto ideales, tienen que mantener un sistema defensivo rígido centrado en la escisión y otras defensas primitivas.

Vemos pues que este sistema diagnóstico no se basa únicamente en criterios categóricos descriptivos (como ocurre en la nosología psiquiátrica del DSM-IV, que está basada en la presencia de ciertos síntomas), ni solo en criterios dimensionales (como en las clasificaciones psicoanalíticas tradicionales, basadas en modelos teóricos sobre diversos aspectos de la personalidad, como los conflictos dinámicos inconscientes predominantes en cada trastorno, o su origen en ciertas fases del desarrollo, etc.), sino que combina ambos criterios.

El método de entrevista que recomiendo para una evaluación diagnóstica es la “entrevista estructural”, que centra su foco de atención en tres aspectos concretos: los síntomas del paciente, los problemas de su funcionamiento en diversas áreas de su vida (social, laboral, amorosa, etc.) y la organización de su personalidad, en particular la presencia del síndrome de difusión de identidad. El término “entrevista estructural” se debe a que su objetivo es la evaluación de la organización estructural interna del paciente. Este tipo de entrevista permite hacer un diagnóstico diferencial del nivel de severidad de la personalidad (personalidad normal, organización neurótica de la personalidad, organización borderline de la personalidad y psicosis) y proporciona una información muy valiosa sobre el pronóstico y las indicaciones del tratamiento idóneo de cada paciente (Kernberg describe en detalle el método de entrevista estructural en *Severe Personality Disorders: psychotherapeutic strategies*, 1984; y *Psychotherapy for Borderline personality : focussing on object relations*, 2006).

Superficialmente la entrevista estructural se asemeja a una entrevista psiquiátrica, pero es muy diferente a ella ya que no sigue un orden predeterminado ni se concentra solo en los síntomas del paciente, sino en diversas fuentes de información que, aparte de la sintomatología del paciente, también incluyen su experiencia subjetiva, su conducta, su forma de relacionarse con el entrevistador y la organización estructural de su personalidad.

A la vez, la entrevista estructural tampoco es como la entrevista psicoanalítica clásica, ya que en la entrevista estructural el terapeuta focaliza su atención en los tres

aspectos descritos (síntomatología presente y pasada; dificultades en diversas áreas del funcionamiento del paciente; y organización estructural de la personalidad) y utiliza esa información para diagnosticar el nivel de severidad estructural-evolutivo de la patología de la personalidad del paciente (neurótica, borderline, o psicosis).

La entrevista diagnóstica estructural se hace en 1 o 2 sesiones (o como máximo 3) e incluye tres partes o tareas: primero el terapeuta explora los síntomas actuales del paciente, las razones por la que busca ayuda y sus motivaciones y expectativas acerca del tratamiento; luego, evalúa el grado de integración o difusión de su identidad y, para ello, pide al paciente que describa lo más clara y detalladamente posible su personalidad, quién es como persona, y su concepto de las personas más significativas de su vida; y finalmente, explora la biografía del paciente para conectar sus problemas actuales con su pasado.

Describiré brevemente el proceso de la entrevista estructural.

Generalmente el paciente grave acude en busca de tratamiento por algún tipo de crisis que le genera una sensación de urgencia (una urgencia que por medio de sus mecanismos de defensas primitivos transmite al terapeuta) y no está motivado para cooperar en una evaluación detallada y cuidadosa. Tras reconocer y aceptar esta urgencia, el terapeuta tiene que explicar al paciente la importancia de una evaluación diagnóstica que le permitirá recomendar el tratamiento más indicado para él.

En la primera parte de la entrevista diagnóstica estructural, el terapeuta pide al paciente que le describa las razones para acudir a él en busca de ayuda, su sintomatología presente, su explicación o comprensión de sus síntomas, y qué es lo que espera del tratamiento. Las respuestas del paciente proporcionarán al terapeuta una información esencial sobre aspectos de la organización estructural de la personalidad del paciente y sobre la conciencia que éste tiene de sus propios problemas, su motivación y sus expectativas

-realistas o no- acerca del tratamiento.

El terapeuta ha de explorar de forma sistemática cada uno de los síntomas que describe el paciente, confrontarle con las contradicciones de su narración y pedirle que se las aclare. La respuesta del paciente a las confrontaciones y observaciones del terapeuta permiten diferenciar el nivel de patología del paciente: por ejemplo, la presencia de

problemas cognitivos y perceptivos indicarían un síndrome de origen orgánico; una pérdida del criterio de la realidad haría pensar en un diagnóstico de psicosis; la difusión de la identidad y la utilización de mecanismos de defensa primitivos, sin que haya una pérdida del criterio de realidad, confirma el diagnóstico de un trastorno de la personalidad de nivel borderline. Una vez el terapeuta ha explorado de forma sistemática un síntoma, volverá a hacer lo mismo con el resto de los síntomas descritos por el paciente. Es decir, la entrevista estructural es un proceso circular que explora sistemáticamente cada síntoma específico para obtener toda la información posible sobre la organización estructural de la personalidad del paciente, con el objetivo de hacer un diagnóstico diferencial.

Tras completar la exploración de los síntomas y problemas presentes del paciente, comienza la segunda parte o tarea de de la entrevista: el terapeuta pide al paciente que se describa a sí mismo como persona, que describa su personalidad y cualquier aspecto de sí mismo que considere importante para que el terapeuta lo conozca mejor como persona diferenciada; y también que describa a las personas más significativas de su vida (pareja, familia de origen, amistades, compañeros de trabajo, etc.).

Esta información es esencial para hacer un diagnóstico estructural de OBP, que se basa en la presencia de las 3 características estructurales-evolutivas comunes a todo el amplio espectro de pacientes con OBP.

Primero, el paciente con OBP presenta el síndrome de difusión de la identidad, es decir una falta de integración de su concepto de sí mismo y de las personas más significativas. El concepto de difusión de identidad lo elaboró Erikson para diferenciarlo de los trastornos de la identidad y la crisis de identidad de la adolescencia, pero yo añadí que la difusión de la identidad no consiste solo en una desintegración del concepto de sí mismo sino también del concepto de las personas más significativas de una persona, lo cual se manifiesta de diversas formas: sentimientos de confusión, vacío, inautenticidad; falta de interés genuino en el trabajo y otras actividades sociales y culturales; dificultad de establecer relaciones íntimas, e incapacidad para entender la perspectiva subjetiva de los demás y empatizar con ellos.

El segundo ingrediente estructural es que el paciente utiliza predominantemente mecanismos de defensa primitivos (descritos por Fairbairn y especialmente por Melanie

Klein) como por ejemplo: escisión del self y del objeto, identificación proyectiva, renegeación de la realidad externa e interna, idealización y devaluación primitivas, etc.

El tercer ingrediente es que el paciente mantiene el criterio de realidad, lo cual lo diferencia de las psicosis.

Durante esta segunda tarea de la entrevista, el terapeuta volverá a confrontar al paciente con cualquier discrepancia o contradicción en sus descripciones de sí mismo y los demás, y observará sus reacciones a esas confrontaciones. Ante este tipo de confrontación los pacientes con una organización borderline de la personalidad movilizan sus defensas primitivas pero, a la vez, son capaces de observar esas contradicciones lo cual confirma que se pueden identificar con la perspectiva del terapeuta y, por lo tanto, mantienen un criterio de realidad intacto: esta característica los diferencia de las psicosis.

El terapeuta utilizará toda la información que ha recabado hasta entonces sobre los síntomas del paciente y la organización estructural de la personalidad para refinar su hipótesis diagnóstica sobre el tipo de patología de la personalidad del paciente y su nivel de funcionamiento (neurótico, borderline o psicosis). Por ejemplo, pacientes que presentan una sintomatología aparentemente histérica pueden ser diferenciados por sus características estructurales de la personalidad histeroide o infantil, que funciona a un nivel borderline; o pacientes que superficialmente presentan síntomas aparentemente fóbicos o depresivos (como timidez, inhibición, inseguridad y fobias sociales, etc.) muestran en una entrevista estructural la grandiosidad, omnipotencia, envidia, devaluación y desprecio de los demás que son típicos de la personalidad narcisista, que en sus formas severas funcionan a un nivel borderline.

Finalmente, la tercera parte o tarea de la evaluación diagnóstica estructural consiste en obtener información sobre la historia pasada del paciente, incluida su experiencia de sus tratamientos anteriores. La exploración de experiencias traumáticas pasadas es indispensable para conocer al paciente, pero no cambia el diagnóstico sobre la organización estructural de su personalidad. Por lo tanto, la decisión sobre cuál es el tratamiento adecuado no depende de la historia pasada del paciente sino del nivel evolutivo-estructural de severidad de su personalidad. Es importante tener en cuenta que inicialmente, la forma caótica en que estos pacientes graves nos relatan sus biografías

impide saber si nos encontramos ante traumas graves reales o ante mitos personales y distorsiones del paciente de su propia biografía.

Una vez completada esa evaluación diagnóstica y la indicación del tratamiento idóneo, el terapeuta ha de explicar al paciente en qué consiste el tratamiento, cuál es el marco terapéutico indispensable para llevarlo a cabo, los respectivos roles del paciente y del terapeuta, y evaluar si el paciente es capaz de entender y aceptar esos requisitos.

En los casos en que el terapeuta no está suficientemente seguro del diagnóstico, debe explicárselo al paciente y recomendarle continuar la evaluación durante una o varias sesiones más. Es importante que al final de la entrevista el terapeuta reserve suficiente tiempo para que el paciente pueda aclarar cualquier duda o pregunta que pueda tener sobre el diagnóstico y sobre la indicación terapéutica que recomienda el terapeuta, y también para ayudarle a contener la ansiedad que la entrevista le genera o cualquier otra complicación que pueda aparecer.

La entrevista y evaluación diagnóstica estructural de los trastornos de la personalidad nos ayuda a predecir el pronóstico y recomendar el tratamiento idóneo para cada paciente concreto.

El amplio espectro de pacientes con una organización borderline de la personalidad incluye diversos tipos de trastornos de la personalidad de diferentes niveles de severidad: a un nivel menor de severidad están la personalidad evitativa, dependiente, sadomasoquista, histeroide o infantil, y narcisista (excepto las personalidades narcisistas más graves); el nivel de mayor severidad de OBP incluye la personalidad hipomaníaca, paranoide, esquizoide, esquizotípica, hipocondríaca, la personalidad borderline en sentido estricto, el “narcisismo maligno” (que Kernberg diferenció en su monografía clásica *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, 1975) y la personalidad antisocial.

Las indicaciones idóneas para el método de psicoterapia psicoanalítica focalizada en la transferencia son la mayoría de los pacientes con una organización borderline de la personalidad: personalidades borderline en sentido estricto; casos severos de personalidad histriónica o infantil; personalidades esquizoides y paranoides; personalidades narcisistas que funcionan a un nivel borderline, incluidos los que tienen complicaciones severas (como alcoholismo, abuso de drogas, trastornos alimentarios severos y en particular

anorexias nerviosa grave, conducta antisocial e hipocondría). En cualquier caso, antes de hacer una recomendación terapéutica, el terapeuta ha de evaluar si un tratamiento psicoanalítico es la indicación más adecuada para el paciente, como es el caso en la mayoría de las personalidades histriónicas.

La principales contraindicaciones de la psicoterapia focalizada en la transferencia son las siguientes: personalidades antisociales; pacientes narcisistas con conducta antisocial grave; pacientes con una actitud de deshonestidad crónica en la comunicación con el analista; pacientes que están poco motivados para cambiar porque obtienen algún beneficio (económico, familiar, social) de su enfermedad; y pacientes cuya principal motivación en su vida es la autodestrucción y que han hecho intentos de suicidio. La indicación idónea para estos pacientes es una terapia psicoanalítica de apoyo.

La investigación que hemos llevado a cabo en las últimas décadas nos muestra las siguientes conclusiones, que resumiré esquemáticamente: los casos menos graves de OBP mejoran con todo tipo de tratamiento psicoterapéutico (psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica exploratoria y de apoyo, etc.); en cambio, los pacientes con una OBP de nivel más severo solo mejoran con psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica exploratoria; los pacientes de mayor severidad del amplio espectro de pacientes borderline (como las personalidades antisociales y los que presentan el síndrome de narcisismo maligno que yo he descrito) la mejor indicación es una psicoterapia de apoyo de orientación psicoanalítica.

Jaime Nos: ¿Qué similitudes y diferencias ves entre tu concepto de organización borderline de la personalidad y el concepto de “organización patológica”, desarrollado por analistas post-kleinianos como Rosenfeld, Segal, O’Shaughnessy, Steiner y otros?

Otto Kernberg: Tal como yo lo entiendo, el concepto de “organización patológica” es un eufemismo para hablar de personalidades narcisistas severas que utilizan defensas narcisistas poderosísimas y desarrollan transferencias narcisistas durante el tratamiento.

Rosenfeld fue el primer autor kleiniano que estudió las características estructurales de las personalidades narcisistas. Rosenfeld pensaba que estos pacientes no diferencian entre *self* y objeto; en cambio, yo creo que estos paciente sí que pueden diferenciar el *self*

del objeto y pueden mantener una relación superficial con los demás, pero tienen una gran resistencia a establecer una relación profunda con el otro porque necesitan sentirse superiores y evitar la humillación y envidia que les genera su dependencia de los demás.

Al final de su vida Rosenfeld diferenció dos tipos de pacientes con personalidad narcisista -los de "piel fina" y los de "piel gruesa"- y recomendó que el analista interpretara de una forma que se adecuara a las características específicas de cada paciente. Steiner, con sus conceptos de “organización patológica”, “posición borderline” y “refugios” o “retiradas psíquicas”, ha ampliado las ideas de Rosenfeld sobre la organización estructural de estos pacientes.

A mi manera de ver, la gran contribución de Rosenfeld en la comprensión de estos pacientes fue profundizar el análisis de sus defensas narcisistas. Mi experiencia es que el análisis de las intensas defensas narcisistas de estos pacientes hace que su transferencia se transforme progresivamente en una transferencia paranoide y, luego, en una transferencia depresiva. Cuando se interpretan las defensas narcisistas de los pacientes con personalidad narcisista algunos de ellos desarrollan transferencias paranoides y no toleran las interpretaciones del analista: en el tratamiento de estos pacientes, durante un periodo inicial, el analista no debe interpretar directamente los aspectos del paciente que éste no puede tolerar, sino que en sus interpretaciones ha de reflejar la experiencia que el paciente tiene del analista, hasta que aquel pueda tolerar y aceptar lo que escinde y evacua a través de identificación proyectiva y otros mecanismos de defensa primitivos.

Jaime Nos: Es decir: durante un periodo del tratamiento de los pacientes con organizaciones patológicas de la personalidad, las interpretaciones han de reflejar y centrarse en la experiencia que tiene el paciente del analista (el concepto de Steiner de “analyst-centered interpretación”) en vez de interpretar directamente el contenido profundo que el paciente es incapaz de tolerar en ese momento (“patient-centered interpretation”).

Otto Kernberg: Exactamente. En mi opinión, las ideas de Britton sobre triangulación suponen una contribución de gran importancia para la comprensión y el tratamiento de

este tipo de pacientes. Britton piensa que estos pacientes no toleran ninguna idea o interpretación del analista que no sea idéntica a lo que ellos piensan, porque las experimentan como una evidencia de que el analista mantiene un diálogo consigo mismo que está fuera de la relación que éste tiene con el paciente, y esto les hace sentirse como un “tercero excluido” (un concepto que es diferente al de “tercero intersubjetivo” de Odgen, del que hablé anoche en mi charla en la Sociedad Española de Psicoanálisis). Según Britton, estos pacientes no pueden tolerar que el analista mantenga en su mente una relación de pareja parental con sus propios pensamientos porque les genera envidia y sensación de exclusión. Esta visión de Britton conecta con ideas análogas de algunos analistas franceses sobre la situación edípica arcaica: según ellos, estos pacientes no toleran la voz, la presencia del padre que rompe la relación simbiótica con la madre y genera la triangulación edípica.

Jaime Nos: Mi tercera pregunta está relacionada con la anterior. En opinión de los autores postkleinianos que he mencionado antes, las organizaciones patológicas de los pacientes graves están generadas por el predominio de una intensa agresividad que determina la organización estructural de su personalidad. Según estos autores, en la personalidad de estos pacientes se escinde una parte destructiva omnipotente que domina y seduce al resto del self para que adopte un funcionamiento patológico regido por la destructividad y basado en relaciones de objeto narcisistas omnipotentes (descritas por Rosenfeld en sus trabajos sobre narcisismo libidinal y narcisismo destructivo) y un rígido sistema de defensas primitivas (identificación introyectiva y proyectiva omnipotente, escisión violenta del self y el objeto, renegación de la realidad interna y externa intolerable, idealización y devaluación primitivas, etc.)

Mi pregunta es: ¿piensas que el modelo de interpretación de las relaciones de objeto contradictorias y escindidas -idealizadas y devaluadas, libidinales y agresivas- que tú recomiendas en el tratamiento de los pacientes con organización borderline de la personalidad es aplicable a este tipo de pacientes con organizaciones patológica, en los que existe una escisión más global de la personalidad entre una parte destructiva y una parte más sana?

Otto Kernberg: Como ya te he dicho, desde mi punto de vista el concepto de organización patológica descrito por esos autores postkleinianos es análogo a mi concepto de personalidad narcisista: en este tipo de trastorno de la personalidad, el yo grandioso omnipotente (un concepto que es equivalente al concepto de parte destructiva de la personalidad) domina al resto de la personalidad; en la relación analítica, estos pacientes escinden y proyectan en el analista los aspectos de ellos mismos que le resultan inaceptables, lo cual representa una relación de objeto interno que se actualiza en la transferencia, y por lo tanto, puede ser interpretada en la transferencia como un conflicto entre aspectos de sí mismo del paciente.

Jaime Nos: *Mi cuarta pregunta tiene que ver con la historia de la teoría y técnica psicoanalíticas y con las diferencias entre escuelas y modelos que durante años parecían insalvables. Si exceptuamos el reciente desarrollo postkleiniano del concepto de organizaciones patológicas, la historia del psicoanálisis muestra que la escuela kleiniana no ha desarrollado un modelo estructural de la personalidad más allá del modelo de posiciones de Klein. ¿A qué crees que es debido?*

Otto Kernberg: En mi opinión, hay varias razones complementarias y conectadas entre sí.

Por un lado, se debe a diversas razones históricas que han hecho que la escuela kleiniana rechace la perspectiva estructural de la escuela de la psicología del yo, que Freud desarrolló en un periodo tardío de su vida (*El yo y el ello*, 1923; e *Inhibición, síntoma y angustia*, 1925).

Por otro lado, también se debe a problemas de psicología de grupo que aparecen frecuentemente en todas las instituciones de formación psicoanalítica: las Sociedades y los Institutos psicoanalíticos tienden a aislarse y a desarrollar un sistema autoritario, lo cual propicia que dentro de esos grupos cerrados algunos autores se consideren como “padres de la patria” o “madres de la patria” que protegen la identidad del grupo de influencias extrañas, heréticas; cualquiera que no esté de acuerdo con los puntos de vista de esos autores idealizados es ignorado, debido a lo cual en los seminarios, las discusiones clínicas

y las publicaciones del grupo solo se citan a los autores correligionarios y amigos, que en unos casos son Klein y los kleinianos, y en otros casos Freud y los psicólogos del yo clásicos.

En mi opinión, las excepciones más notables dentro del grupo kleiniano clásico fueron Rosenfeld (que fue pionero dentro de esta escuela en el estudio de la organización estructural de la personalidad) y Hanna Segal (que comparó el modelo kleiniano de posiciones con el modelo estructural de la segunda tópica freudiana).

Jaime Nos: *Mi última pregunta se refiere a dos nuevos tipos de pacientes graves que comienzan a ser más frecuentes en nuestras consultas.*

Empezaré con el primero de ellos. En los últimos años, en la bibliografía psicoanalítica han aparecido algunos trabajos que describen un tipo de pacientes graves –que en mi experiencia personal suelen ser mujeres– que por medio de sus capacidades cognitivas han sido capaces de alcanzar un éxito profesional y una adaptación social superficial, con los que han enmascarado sus profundos y graves problemas en su vida emocional, que se manifiestan en su aislamiento emocional, sentimientos de vacío, soledad, y dificultades en sus relaciones íntimas (amorosas, sexuales, de amistad, familiares, etc.). Conforme progresa el tratamiento se va haciendo evidente que la organización estructural de la personalidad de estos pacientes se caracteriza por un encapsulamiento "autistoide" de un núcleo arcaico de su mente asociado a experiencias tempranas intolerables que el paciente no puede contener. Por medio de defensas autistas (descritas por autores como Tustin o Mitrani, entre otros) estos pacientes evitan el contacto con esas experiencias arcaicas intolerables y con el analista, que le confronta con ellas: debido a ello, estas experiencias arcaicas permanecen aisladas del resto de la personalidad y no pueden ser pensadas, elaboradas, e integradas, lo cual hace que el paciente las perciba como terrores sin nombre, como experiencias sensoriales (vacío, miedo a caer en un agujero negro, a explotar, a fragmentarse).

Mis preguntas sobre este tipo de pacientes son dos: ¿Cuál es tu opinión diagnóstica sobre este tipo de organización de la personalidad?; y ¿qué importancia tienen en el origen genético-dinámico de estos encapsulamientos autistoides las

experiencias traumáticas de pérdida temprana de la madre, debido a diferentes problemas de ésta -como depresión, alcoholismo, etc.- que la incapacitan en sus funciones de reverie y contención de las ansiedades del niño durante un periodo pre-verbal y pre-simbólico, del desarrollo en el que el niño diferencia confusamente self y objeto?

Otto Kernberg: En mi experiencia, en este tipo de organización estructural de la personalidad pueden intervenir diversos factores que dependen del nivel de severidad del paciente: puede deberse a intensas tendencias agresivas que el paciente dirige contra su propio *self*; también puede ser el resultado de una “des-objetalización”, descrita por André Green en su síndrome de la “madre muerta”; o puede ser debida a fantasías de fusión del paciente con una madre ideal, de vivir en un *cocoon* (un capullo) en el que no existe separación entre la madre y el paciente, porque en su fantasía ambos están unidos; o finalmente, puede ser una defensa contra el odio y la envidia hacia las personas de las que el paciente depende, y a las que éste percibe como autónomas y no puede controlar.

Jaime Nos: *Me gustaría tener más tiempo para que pudieras elaborar cada uno de los factores que acabas de mencionar, pero me temo que me tendré que quedar con la respuesta casi aforística que me has dado y dejar que cada lector la elabore por su cuenta. Así que te haré una última pregunta, sobre un segundo tipo de pacientes graves: ¿Cuál es tu opinión diagnóstica acerca de un tipo de pacientes descritos por varios autores post-kleinianos (como Betty Joseph, Meltzer, Rosenfeld, Riesemberg-Malcom, Steiner, etc.) que presentan una forma de organización patológica de la personalidad muy severa y destructiva (bien contra los demás o bien contra sí mismos) que estos autores denominan “perversión del carácter”? En estos pacientes una parte destructiva escindida de su personalidad ataca o seduce al resto del self (en especial, al self infantil dependiente) para que evite toda dependencia del objeto y adopte un funcionamiento patológico regido por la omnipotencia y destructividad propia del narcisismo destructivo que se actualiza en la transferencia a través de enactments perversos, subrepticios, por medio de los cuales el paciente intenta controlar o seducir al analista a que sea cómplice*

colusivo de su funcionamiento patológico.

Otto Kernberg: Pienso que estos pacientes representan el polo más grave de la personalidad narcisista, lo que yo denomino “narcisismo maligno”: en estos pacientes, las estructuras de la personalidad están infiltradas masivamente por su intensa agresividad, que puede ir dirigida hacia los demás o hacia ellos mismos y les proporciona una excitación de naturaleza perversa.

En la transferencia y en sus relaciones con los demás fuera del tratamiento, estos pacientes muestran una cualidad de perversidad que yo considero diferente a la perversión sexual en sentido estricto: es decir, las perversiones no tienen que estar necesariamente acompañadas de perversidad, sino que la perversidad solo aparece en los casos más graves de perversión.

En mi opinión, la perversidad de los pacientes con narcisismo “destrutivo” (Rosenfeld) o narcisismo “maligno” (Kernberg) es el polo más severo del amplio gradiente de patología perversa. La perversidad de estos pacientes se debe a que todo lo bueno (el amor, la dependencia, la sexualidad) está al servicio de la agresión y la destructividad; estos pacientes transforman lo bueno en malo, el amor en odio, la comida en heces, la cooperación en explotación del otro, el significado en vacío. Estos son los pacientes que presentan perversiones en las que el sadismo se expresa directamente en la sexualidad y desarrollan las formas más graves de reacciones terapéuticas negativas.

Los autores post-kleinianos conciben esta patología como el resultado de una escisión entre la parte destructiva y la parte infantil de la personalidad; yo la concibo como el resultado de una escisión entre un yo grandioso omnipotente (típico de las personalidades narcisistas) y el resto del yo, que es controlado por el yo grandioso: esto se manifiesta en la transferencia a través de un ataque y control del analista por parte del paciente.

¿Se puede interpretar esta escisión de la personalidad de la misma manera que yo propongo en mi método de *psicoterapia psicoanalítica focalizada en la transferencia* para pacientes con una organización borderline? Yo pienso que sí, porque la relación entre el yo grandioso omnipotente y el yo infantil dependiente es –a fin de cuentas– una relación de

objeto interno; el analista ha de interpretarla como tal y ayudar al paciente a hacer contacto con su yo infantil, que es devaluado por su yo grandioso y proyectado en el analista.

Jaime Nos: *Muchas gracias por el tiempo que has dedicado a esta entrevista, Otto. Esperamos tenerte pronto de nuevo entre nosotros.*

Otto Kernberg: *Gracias a ti y a todos los miembros de la Sociedad por las atenciones que habéis tenido conmigo. Y ahora tendrás que perdonarme pero mi esposa y yo tenemos entradas para un concierto en el Palau de la Música que empieza dentro de 30 minutos.*

4.- Breve lista bibliográfica de la obra de Otto Kernberg

Kernberg, O.F. (1965), “Countertransference”, *Journal American Psychoanalytic Association.*, vol. 13, nº 1. En *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (1975), New York, Aronson , pp. 49-67.

- (1966),” Structural derivatives of object relationships”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 47, pp. 236-253. En *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York, Jason Aronson , pp. 19-54.

- (1972), Kernberg et als. “Psychotherapy and psychoanalysis”: *Final report of the Menninger Foundation’s Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic*, núm.36, pp.1-275.

- (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson.

- (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York, Jason Aronson.

- (1980), *Internal World and External Reality*, New York, Jason Aronson.

- (1984), *Severe Personality Disorders: psychotherapeutic Strategies*, New Haven, Yale University Press.
 - (1987), "An ego psychology-object relations theory approach to the transference", *Psychoanalytic Quarterly*, núm.56, pp. 179-221.
 - (1988), "Object relations theory in clinical practice", *Psychoanalytic Quarterly*, núm. 57, pp. 481-504.
 - (1989), Kernberg et als. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, New York, Basic Books.
 - (1992), *Aggression in personality Disorders and Perversions*, Yale University Press.
 - (1993), "Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique", *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 74, pp. 659-673.
 - (1995), *Love Relations. Normality and Pathology*, New Haven, Yale University Press.
 - (1996), "Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates", *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 77, pp. 1031-1040.
 - (1998), *Ideology, Conflict and Leadership en Groups and Organizations*, New Haven, Yale University Press.
 - (2004), *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques and their applications*, New Haven Yale University Press.
 - (2004), *Aggressivity, narcissism, and self destructiveness in the therapeutic relationship*, New Haven, Yale University Press.
- Clarkin, J.J., F.E. Yeomans y O.F. Kernberg (2006), *Psychotherapy for Borderline*

Personality: focussing on object relations, Washington D.F.-London, American Psychiatric Publishing.

Caligor, E., O.F. Kernberg y J.F. Clarkin (2007), *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*, Washington D.F.-London, American Psychiatric Publishing.

El Dr. Jaime Nos es psiquiatra y psicoanalista. Miembro de la *American Psychoanalytic Association* (Nueva York) y de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (Barcelona). De 1981 a 1988 fue Assistant Clinical Professor of Psychiatry de la Facultad de Medicina de Columbia University, en Nueva York. En la última década ha dirigido seminarios en el Instituto de Psicoanálisis de Barcelona sobre diversos temas (*Teoría de Relaciones de Objeto de la escuela de la Psicología del Yo; Historia de la Técnica Psicoanalítica*). Actualmente es director del seminario sobre *Modelos actuales de Psicoterapia psicoanalítica para pacientes con Organización Borderline de la Personalidad*.

Jaime Nos

Rambla de Catalunya 106

08008 Barcelona, España

email: 12875jnl@comb.es