

ENTREVISTA CON CÉSAR BOTELLA¹

Marcos de la Melena*
Guillermo Manrique de Lara*
Rosa Alejandra Ramírez*

*Todos tenemos un doble que vive en las antípodas
pero encontrarlo es muy difícil, porque los dobles
tienden siempre a efectuar el movimiento contrario.*

El doblaje, Julio Ramón RIBEYRO

El Doctor César Botella es un autor muy importante en el psicoanálisis contemporáneo. Tuvimos contacto con él hace unos años, a raíz de nuestra tesis de maestría. A pesar del escaso tiempo con que cuenta debido a sus múltiples obligaciones, le pedimos nos conceda una entrevista, que generosamente aceptó.

E: ¿Qué autores han influido en usted?

CB: Su pregunta, que parece simple y referida únicamente a mí, tiene en realidad una gran importancia para el psicoanálisis en general y su desarrollo futuro. Quiero decir que cada analista está influenciado por un grupo relativamente reducido de autores, en general de la misma escuela psicoanalítica en la que se formó; y más generalmente por la cultura de su país. Esto corresponde a la

1 El Dr. César Botella es miembro titular en función didáctica de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP). Autor de numerosos artículos. Con Sara Botella, es autor de los libros “La figurabilidad psíquica” y “Más allá de la representación”.

* De la Melena, M. es Lic. en Psicología por la Universidad Ricardo Palma. Magister en Estudios teóricos en Psicoanálisis por la PUCP. Psicoterapeuta formado en la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica Clínica y Aplicada (EPCA). <mdelamelena@yahoo.com>. Manrique de Lara, G. es Lic. en Psicología por la Universidad Ricardo Palma. Magister en Estudios teóricos en Psicoanálisis por la PUCP. <guillermomdlb@hotmail.com> Ramírez, R. A. es estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de Ciencias Aplicadas - UPC. <rosa.arv@gmail.com>

mayoría de los psicoanalistas. Pero hay un número importante de psicoanalistas que migran y ejercen el psicoanálisis en un país cuya lengua no es su lengua materna. En estos analistas se ve menos homogeneidad, ya que la heterogeneidad cultural y lingüística tienen su importancia. Como Uds. saben, mi origen es español, vine a Francia para formarme en psicoanálisis, después de haber hecho estudios de medicina en Madrid. Los autores que me han formado son, pues, los psicoanalistas franceses que me han precedido. Pero al mismo tiempo, me es relativamente fácil interesarme en otros autores, por ejemplo los autores anglo-sajones. Y, de una forma más concreta, le diré que mi formación tiene un fondo profundamente freudiano: creo conocer la obra de Freud bastante bien como la mayoría de colegas de mi sociedad. Tuve la suerte de formarme en un momento psicoanalítico muy tenso en París, en el que dominaba la figura de Lacan. Un Lacan diciéndose radicalmente freudiano, pero rápidamente resultó que su Freud era una lectura, a fin de cuentas, lacaniana. Mi generación fue guiada por unos maestros extremadamente preocupados en conocer a Freud lo mejor posible a fin de poder confrontarse a la gran potencia para sobrevivir fuera del círculo lacaniano. Conocer a Freud de una forma muy amplia era imprescindible. Confrontarlo con otros pensamientos que el de Lacan fue también necesario. El rol de Green, a caballo entre una primera generación y la mía, fue determinante. Sus conocimientos de la obra de Bion y de Winnicott no le han impedido desarrollar una obra de una inspiración freudiana auténtica. Al mismo tiempo hay un autor francés, Pierre Marty, aún relativamente poco conocido fuera de Francia y del dominio de la psicología, cuya obra ha marcado el psicoanálisis en Francia. Si existe, como se oye a menudo, un psicoanálisis francés, sus características vienen sobre todo del pensamiento de Marty. Curiosamente, ciertas nociones martyrianas han infiltrado el psicoanálisis en Francia sin que nos diésemos realmente cuenta. Yo lo resumí con tres nociones: la noción de *relación*, que no debe confundirse con las nociones freudianas de transferencia y de contratransferencia, ni con la relación de objeto anglosajona; la noción de *funcionamiento psíquico*, queriendo indicar algo más amplio que los procesos primarios y procesos secundarios; y la de *mentalización*. Todo esto supone la toma en cuenta del equilibrio dinámico y económico del conjunto psíquico, el rol de transformación del preconscious y el valor de la representación. Estas nociones de *funcionamiento psíquico*, de *relación* y de *mentalización* permiten tener en cuenta a la vez la *dinámica* neurótica (represión, resistencias, transferencia, procesos primarios y procesos secundarios) y el valor de lo *cuantitativo* inseparable de la idea de *límites* de la organización neurótica.

E: Ud. ha desarrollado ampliamente el concepto de trabajo de figurabilidad psíquica que, como parte de un trabajo en doble, el analista opera para volver inteligibles zonas de lo no-representado del psiquismo. ¿Podría por favor explicarnos este proceso?

CB: Su pregunta es amplia y contiene toda mi concepción de la práctica analítica. Me contentaré con resaltar lo esencial. En un primer tiempo, surgió la idea de trabajo de figurabilidad. Es el producto de psicoterapias con niños (2, 3, 4 años) psíquicamente muy afectados, y de intercambios con mi esposa Sara Botella cuando trabajábamos, en los comienzos de nuestra práctica, en un centro terapéutico de niños y adolescentes. Confrontados a la insuficiencia de conducir esos tratamientos según el método clásico de la libre asociación, nos encontrábamos relativamente a menudo sorprendidos por figurabilidades que surgían espontáneamente en nosotros. Poco a poco, pudimos darnos cuenta de que esas figurabilidades, incluso las que parecían alejarse del problema tratado conscientemente en ese momento de la sesión, representaban un medio para acceder a una inteligibilidad de lo que estaba ocurriendo en sesión y que no podíamos comprender. Nos sentimos confirmados en esta idea discutiendo con los colegas psicoanalistas de este centro que, sin tener verdaderamente conciencia, se encontraban en la misma situación. Intentamos, pues, teorizar esos trabajos de figurabilidad sorprendentes, inesperados. Rápidamente nos vino la noción de *trabajo en doble*, entendiendo por ello el trabajo que el psiquismo del analista debe cumplir para acceder a lo que el psiquismo del paciente no puede representar. Sin duda, frente al mismo problema en el mismo paciente, un *trabajo de figurabilidad* de otro analista será diferente puesto que estará influenciado por su propia estructura psíquica y elementos contratransferenciales. Pero más allá de eso, el analista puede servirse de esa figurabilidad no directamente pero considerando el contenido como una vía hacia la inteligibilidad de lo que está en negativo en el paciente. Sin embargo, no hay que tomar la figurabilidad que accede a la conciencia del analista como la expresión directa del negativo del paciente. Comunicarla al paciente es todo un problema y puede ser un error que impida al paciente acceder a su propio negativo. La figurabilidad del analista es solo una indicación, una vía hacia. A veces el analista tarda sesiones para comprender su figurabilidad. Lo más importante es que la figurabilidad permite al analista escuchar al paciente de una nueva forma que hasta ese momento se le escapaba, no podía sospechar que tal posibilidad existiese. El mejor ejemplo que me haya ocurrido y que relato a menudo es el de un paciente en

un análisis que se acerca a su final. Un análisis dominado por las quejas de la presencia de una madre eternamente muy depresiva. Realmente deprimida, puesto que ha hecho tres tentativas de suicidio. La primera cuando el paciente era un bebé de apenas poco más de un año. Yo no podía concebir la relación con su madre de otra manera. En una sesión, el paciente recuerda y me habla con mucha emoción de los últimos momentos de su padre ocurridos no hace mucho; la empatía es fuerte, e identificado con el paciente, me acuerdo de la muerte de mi propio padre. Estamos sumergidos los dos, mi paciente y yo, en la misma atmósfera de tristeza y dolor. En este estado, algo en mi mente me perturba, quiero desecharlo para poder continuar escuchando a mi paciente. No lo consigo y en vista de mi semiconsciente lucha inútil, y en el fondo sospechando que quizás haya interés en tomar consciencia, dejo venir enteramente mi perturbación. Poco a poco me doy cuenta de que la perturbación es una melodía. Para mi gran sorpresa y desagrado, reconozco el célebre vals *La viuda alegre*. Primer movimiento en mí: culpabilidad, me encuentro cínico. Consigo tomar distancia. Y me digo que si *La viuda alegre* está seguramente en relación con mi propio Edipo, quizás tenga también relación con mi paciente, al menos como ausencia de Edipo estructurante, lo que yo pensaba durante todos los años de esta cura. No digo nada, pero a partir de ese momento mi escucha del paciente cambiará. Y poco a poco surge un Edipo positivo oculto detrás de la madre capaz de suicidarse y dejar un bebé de pocos meses. La anécdota que más tarde ilustrará la evolución es mi paciente contándome sorprendido que por primera vez en su vida ha visto una madre diferente: ha sorprendido a su madre realizando unos pasos de danza al ritmo de una canción de Yves Montand que ella misma canturreaba.

Ahora bien, debemos preguntarnos si esa representación de una madre alegre existía ya, pero reprimida, o es una creación de la cura analítica, debida a la evolución de mi paciente que gracias al análisis ha podido concebir una madre amada edípicamente. ¿Esa madre edípica comienza a existir gracias a mi figurabilidad y a mi escucha diferente a partir de ese momento? Claudio Eizirik ha publicado una secuencia parecida muy bonita.

E: ¿Cómo la articulación Representación-Percepción-Alucinación, que Ud. propone como eje complementario al modelo clásico del conflicto (reprimido-representado), nos permite pensar lo no-representado? ¿Qué lugar ocupa su conceptualización “solamente dentro-también afuera” en esta dinámica?

CB: La formulación *solamente dentro-también afuera* (SD-TA) es contradictoria, un intento de aproximar la relación de lo psíquico con lo exterior que evita caer en la simplicidad de radicalizar un adentro detrás de los ojos y dentro del cráneo, y un afuera más allá de los ojos; un intento de conceptualizar la circulación de la energía psíquica en términos metapsicológicos. Su fundamento se basa en la idea de un *principio de equivalencia energética, de un cuantitativo constante capaz de adquirir cualidades diferentes: representación, percepción, alucinación; y su degradación es la descarga motriz*. Es particularmente útil para captar y situar la relación con el objeto, su distancia en el sentido de Maurice Bouvet, que no debemos confundir con la noción anglo-sajona de relación de objeto, y que podríamos diferenciarla también de la noción winnicottiana de *transicionalidad*.

La dinámica *Representación-Percepción-Alucinación* dominada por la idea de SD-TA es una herramienta muy práctica y que evita muchos errores en la práctica analítica y en la investigación de las primeras entrevistas con un nuevo paciente. El trabajo del analista, más allá de captar la estructura neurótica del paciente, sus represiones, sus desmentidas, consiste también en situar tal movimiento psíquico, tal representación, sobre ese cursor. Se trata de una representación psíquica con todas las cualidades de interioridad, de relaciones con otras representaciones, poseyendo una capacidad asociativa de un cierto valor, o se trata en realidad de un elemento vivido como un acto perceptivo, como una acción. O incluso como una alucinación, Bion sabía muy bien detectarlas.

E: ¿Puede explicarnos la diferencia de su fórmula “solamente dentro-también afuera” con la noción winnicottiana de transicionalidad?

CB: Mi formulación es esencialmente teórica, una tentativa de traducir en palabras la dificultad de explicitar la relación del psiquismo con la realidad, evitando la simplificación psicológica de un dentro identificado con un detrás de los ojos. Freud no pudo evitarla, y en muchos pasajes de sus escritos describe una indiferenciación sujeto-objeto en los primeros tiempos. Por ejemplo, al final de su obra en 1938, ya en Londres, dice (cito de memoria): “tener” y “ser”. El “tener” es posterior, la consecuencia paradójica de la ausencia del objeto. Al principio es “ser”: El pecho es un pedazo mío... yo soy el pecho. Solamente más tarde, viene el “Tener”: Lo tengo... entonces, no lo soy.

La extraña formulación contradictoria SD/TA permite conceptualizar un continuum en ese “Ser/Tener” en el que progresivamente se produce una

transformación de la cualidad representación (intrapsíquica) en cualidad percepción (exterior) y su complicación que es el alucinatorio. Ya hemos hablado de la *dinámica representación-percepción-alucinación*, que representa la especialización y concretización del SD/TA. Podemos ver su utilidad en la práctica: el analista puede situar el grado de *mentalización* (en el sentido de Marty) del paciente en un momento dado de la cura.

Lejos de esta concepción, la transicionalidad de Winnicott se refiere principalmente a una constatación clínica repetible y observable fácilmente: el célebre chupete de los bebitos que toda madre sabe dar y limitar a partir de un momento. Esto permitió a Winnicott establecer una concepción original de la relación con el objeto que lo aleja de la puramente kleiniana. El análisis de inspiración winnicottiana hace hincapié en el rol real del “analista buena madre” de un bebé desamparado.

¿La diferencia que describo supone una incompatibilidad? ¿Cada uno en su terreno? Es verdad que debemos ser muy cautelosos cuando intentamos aproximar conceptos que han sido creados con fundamentos teóricos diferentes. Se trata de una cuestión capital en la evolución del psicoanálisis. ¿Hacia dónde va? Unidad o pluralismo del psicoanálisis es un debate que sigue en la actualidad. Hace años lancé una hipótesis: el destino del psicoanálisis será el de una constante evolución que si conserva sus fundamentos freudianos adquirirá una coherencia y será una unidad gracias al hecho que un movimiento, movido por fuerzas hoy día desconocidas, solo supuestas, hace desaparecer las sucesivas concepciones, pero de ellas conserva e integra ciertas nociones que matizan y complejizan el tronco común. El psicoanálisis se debe concebir como un pensamiento evolutivo sin fin como lo es el desarrollo del psiquismo de todo individuo, y probablemente también el de la humanidad. Por ejemplo, Freud afirma en la mayor parte de su obra que el objetivo del sueño es la realización de un deseo. Pero en 1932, matizará diciendo que esta realización de deseo es solamente una “*tentativa*”, que el objetivo fundamental del trabajo del sueño es el de elaborar los traumas infantiles que no han podido ser representados. Este tronco freudiano ya en evolución podemos confrontarlo con la concepción del *negativo* de Green: la noción de *representación de la ausencia de representación*, y podemos seguir su idea de que *la alucinación negativa es el reverso de lo que la realización alucinatoria del deseo es el anverso*. Nos encontramos entonces con la idea de que pensar el principio de placer como motor único de la vida psíquica es un error, que detrás de esto hay un mundo traumático y negativo que el sujeto debe elaborar. Estamos ya sospechando un tronco común. Está también

Winnicott y su idea de *algo del pasado que ha existido pero que no ha podido ser experimentado*. Independientemente de la concepción en su totalidad, crece un tronco común. Ni las concepciones ni tampoco los autores dejaron rastro, solo lo que vendrá a alimentar ese árbol persistirá, esto es, un *pensamiento psicoanalítico evolutivo inconsciente*.

Si volvemos a su pregunta, ¿podríamos entonces aproximar el uno al otro, la transicionalidad winnicottiana y nuestro SD/TA, esperando así un progreso en el conocimiento psicoanalítico, un aporte a ese *pensamiento psicoanalítico evolutivo*?

Las respuestas al respecto, así como la validación de mi hipótesis, solo serán accesibles a las generaciones por venir.

E: En su trabajo premiado “Sobre la carencia auto-erótica del paranoico”, Ud. junto a la Doctora Sara Botella crean una bella fórmula: “la exhibición es el antídoto de la paranoia”. Podría comentarnos sobre esta afirmación.

CB: Esta fórmula es el resultado de una constatación en la gran mayoría de los pacientes paranoicos que he podido tratar o que he encontrado en los diferentes autores. Freud en sus primeros artículos tiene muy bellas descripciones de la relación entre la paranoia y la exhibición. Todo psicoanalista que se ha ocupado de paranoicos sabe muy bien que uno de los mecanismos principales del paranoico es estar “asomándose” al exterior, observando, mirando o escuchando todo lo que ocurre alrededor suyo. Se podría decir que *el paranoico es una forma negativa delirante del exhibicionista perverso*. Me inspiro en la fórmula freudiana “la neurosis es el negativo de la perversión”. En mi concepción, esto está provocado por una carencia auto-erótica, una dificultad de *mirarse a sí mismo*. Finalmente ser mirado por el otro representa ser querido y amado como no lo fue por el objeto materno. Naturalmente, las cosas no son tan sencillas como las digo aquí para responder a su pregunta.

E: Usted nos alerta sobre los riesgos de concebir un aparato psíquico despulsionalizado, desexualizado. En ese sentido, ¿qué lugar ocupa el análisis de la sexualidad en los pacientes borderline?

CB: De nuevo la pregunta es muy compleja. En realidad, son dos preguntas que hablan de dos mundos muy diferentes. Un aparato psíquico despulsionalizado evidentemente no puede existir. Lo que sí existe es una cierta pobreza libidinal

en la vivificación del aparato psíquico, del mundo representacional. La patología de ese empobrecimiento puede conducir a un extremo, el funcionamiento *operatorio* que Marty y la Escuela de Psicósomática de París ha descubierto, uno de los más grandes aportes al psicoanálisis contemporáneo. En el polo opuesto encontramos a los pacientes *borderline*. Simplificando, podríamos decir que en esas organizaciones la pulsionalidad invade la esfera psíquica, una sexualización que invade enteramente la relación con el objeto. No hay un yo suficientemente capaz de construir mecanismos de defensa, desplazamientos, sublimaciones, mediadores entre la pulsión y el objeto. El analista está desprovisto frente a un paciente para el cual no existe por él mismo sino que es un simple representante pulsional. Hay, sin embargo, un punto común con el paciente *operatorio*. En los dos hay un empobrecimiento del mundo representacional intrapsíquico. En el *operatorio* hay un empobrecimiento de redes representacionales; en el *borderline*, lo representacional forma parte del mundo perceptivo. Se deduce de esto que la forma de conducirse con esos dos tipos de pacientes es muy diferente.

E: ¿Cómo modifica su concepción de lo Negativo del Trauma la comprensión clásica del trauma en psicoanálisis?

CB: Mi concepción se centra en la noción de *negativo*. Acabamos de verlo con la paranoia, uno de mis primeros trabajos. Pero ese *negativo* no es el mismo en los casos de neurosis y de paranoia. Cuando Freud lo emplea es en función de la noción de inconsciente, de representación reprimida en el inconsciente. Es decir, que el *negativo* de la neurosis es algo que existe en sí mismo y que supone un contenido. En cambio, el *negativo del trauma* supone más bien una ausencia de contenido, de representación. La idea viene del último Freud (1937, *Moisés y el monoteísmo*), y luego fue retomada, primero por Ferenzci y más tarde por Winnicott. Se trata de un trauma que no ha podido ser ni percibido conscientemente ni representado. Podríamos decir que es un trauma inscrito en vacío. Ya Freud decía que los efectos de ese *negativo de trauma* no pueden percibirse sino muy indirectamente. No produce síntomas aparentes. Solo percibimos signos de una ausencia, que podrían ser considerados como *trazas perceptivas*, que habría que diferenciar de las trazas psíquicas representadas, siguiendo el modelo del recuerdo. Sólo podemos deducirlo en el comportamiento y en el carácter del sujeto. Este no tiene conciencia de un sufrimiento determinado. A veces puede percibir un malestar o una insatisfacción en la vida, pero no lo

siente como un signo de sufrimiento que le gustaría eliminar. Fácilmente su apreciación se termina en una fórmula vaga: “yo soy así”, “es mi educación”, etc. Ningún sentimiento de haber sufrido un traumatismo aflora en ellos. Naturalmente la forma de tratamiento que el psicoanalista debe practicar para curar esos *negativos* es muy diferente de la técnica que él emplea con los traumas clásicos que tienen un contenido reprimido y oculto en el sistema inconsciente.

E: Para usted el verdadero desamparo psíquico no es la pérdida del objeto, sino la pérdida de su representación. Y el complejo de Edipo, como el complejo de castración —como lo señala en su libro *La figurabilidad psíquica*—, “... constituyen nuestra potencia representacional, garantizan la permanencia de la investidura de la representación de objeto, ocultando la cara negativa del trauma infantil”. Ahora bien, André Green en su libro “El trabajo de lo negativo” y en otros lugares, ha señalado que uno de los peligros más grandes para el psiquismo (en el contexto de los estados límites) era asumir un complejo de Edipo bien establecido. ¿Son de algún modo opuestos su punto de vista y el del Dr. Green en este punto o usted encuentra alguna complementariedad entre ellos? ¿Cómo entender que el Edipo sostiene nuestra potencia representacional pero a la vez que asumirlo es un peligro mayor?

CB: Necesitaría mucho tiempo para poder responder correctamente. Intentaré resumir punto por punto y en el orden que ustedes establecen el cuestionamiento.

Cuando hablamos de desamparo psíquico, hay que concebirlo en varios niveles más o menos profundos. Toda pérdida de objeto investido y amado provoca un estado de duelo que puede ser muy importante y llegar hasta el sentimiento de desamparo.

Ahora bien, cuando hablamos de pérdida de representación del objeto, estamos describiendo otro nivel que no se puede concebir simplemente como un grado más profundo que la pérdida del objeto mismo. La idea de la importancia de la pérdida de la representación no puede deducirse directamente de la clínica y de la práctica analítica. Debo hacer un *detour*² para explicarme. En realidad se trata de una deducción teórica necesaria para comprender cómo y por qué un sueño se produce. Cuando nos acostamos para dormir se produce

2 Rodeo, desvío.

un largo proceso: cerramos los ojos y cortamos con la percepción y los objetos reales, entramos en relación únicamente con nuestro pensamiento y con las representaciones de objetos; luego, en un momento dado, este investimento psíquico desaparece, entramos en el dormir, la consciencia de sí mismo desaparece. Pero la actividad psíquica sigue activa sin que tengamos consciencia. Hago entonces una hipótesis: la regresión psíquica ha continuado haciéndose más profunda, la regresión que había empezado cuando hemos cortado con la percepción, y que ha continuado con la pérdida de toda representación de objeto, llegaría a una pérdida de toda representación. La hipótesis teórica es que la pérdida de toda representación desencadena un estado traumático agudo que podemos llamar *estado de no representación*. Si ese estado se realiza provocaría un estado de pánico, sería sentido como un gran peligro de algo que no podemos designar en términos conscientes, decir peligro de muerte es más metafórico que representativo de ese estado. La solución para evitarlo sería un investimento de la figurabilidad. Yo veo allí el origen y la explicación de la existencia vital de la actividad onírica. Los sueños nocturnos son un retorno desesperado de la representación, la forma alucinada de un sueño. Freud, en 1932, revolucionó su teoría: el sueño no es una simple realización de un deseo, el sueño es un *intento* de realización de un deseo. En realidad, su objetivo fundamental es de *elaborar* los traumas infantiles no elaborados, no pensados, no vivenciados y, sin embargo, indirectamente activos en su *negatividad*.

¿Qué entender por *elaborar lo negativo del trauma*? Gracias a esta hipótesis teórica, podemos hacernos una idea en la clínica de cada día del por qué de ese fenómeno finalmente bien curioso que es la necesidad imperiosa de organizar redes de representaciones uniéndose entre ellas de una forma cada vez más compleja. Lo que significa simplemente que para vivir psíquicamente tenemos necesidad de redes complejas de representaciones. Michel Ody ha tenido la idea genial de describir que esa complejidad tiende de una forma natural y espontánea hacia la constitución del complejo de Edipo. Este contiene una gran capacidad para explicar, verídica o erróneamente, todo trauma que surge en la vida. El destino edípico de todo trauma es la forma más mentalizada, la mejor pues, de elaborar los traumas.

En cuanto a la oposición que ustedes imaginan con André Green, no existe en realidad. No creo que Green pensara que asumir un complejo de Edipo ya establecido represente un peligro. Lo que sí es verdad, y André Green debía pensarlo, es que constituir un complejo de Edipo supone un largo proceso, complicado, para el que hay que tener las herramientas suficientes. Cuando

digo herramientas entiendo una serie de elementos psíquicos que son la base de un sentimiento de identidad suficiente para asumir ese proceso hacia el Edipo, costoso, largo y doloroso. En el caso del niño renunciar a la madre, aceptar dejar a la madre tan amada al padre es un acto “heroico” para el cual hay que sentirse muy sólido. Esas herramientas podemos describirlas en términos de buen narcisismo, una seguridad en sí mismo, amar y ser amado por los objetos. En breve, unas redes representacionales suficientes para elaborar ese largo proceso que es el complejo de Edipo.

E: ¿En qué ha contribuido su revisión de las neurosis traumáticas para su estudio de los estados límites?

CB: La neurosis traumática representó para Freud una gran herida en su narcisismo de psicoanalista. Desde que tomó conciencia de la existencia de la neurosis traumática a partir de 1919, una de las consecuencias de la guerra del 14-18, y gracias a Ferenczi, nunca pudo concebir cómo el psicoanálisis podría tratarlas. Y al final de su obra lamenta el fracaso del análisis para explicarlas. El error de Freud fue pensar que la repetición del trauma en los sueños era simplemente un problema de cantidad demasiado elevada para poder ser elaborada por el psiquismo. Detrás de esta idea estaba la nueva noción que Freud introducirá justo en el momento en que él descubre la existencia de la neurosis traumática: la pulsión de muerte. Hipótesis teórica revolucionaria por la que Freud buscaba desesperadamente elementos clínicos que podrían justificarla. Uno de sus argumentos mayores será la compulsión de repetición, y el representante más importante será la repetición onírica de la neurosis traumática. La repetición de la neurosis traumática permite a Freud justificar la pulsión de muerte, e inversamente, la pulsión de muerte explica la repetición onírica permanente del trauma.

Pero si no tenemos en cuenta la pulsión de muerte, podemos explicar la repetición onírica traumática de otra manera. No como un acto impuesto al psiquismo sino como un acto del yo onírico para elaborar progresivamente, gracias a la repetición, ese cuantitativo del trauma. Quiero decir que el yo intenta progresivamente crear ligazones del trauma con ciertas representaciones en un intento desesperado de explicar, de dar un sentido al trauma. En el fondo es el mismo principio: la necesidad para vivir psíquicamente de dar una coherencia suficiente a todo lo que llega al psiquismo. Un principio gobernando toda la vida psíquica que hemos descrito como *Principio de Convergencia-Coherencia*.

De nuevo debo precisar lo que ustedes ya saben. Es decir, que ese *Principio de Convergencia-Coherencia* está presente en la obra freudiana en muchas ocasiones bajo formas variadas. Freud es una mina de una riqueza conceptual como ningún otro autor. Freud es menos una teoría que un pensamiento en marcha. Aún hoy en día, conocer sus ideas implícitas, confrontándolas con los avances en la práctica, es la mejor manera de avanzar en psicoanálisis.

¿Qué relación hay entre las neurosis traumáticas y el tratamiento de los estados límites? Sólo existe de una forma indirecta. Todo analista está formado y preparado para investigar y descubrir elementos reprimidos que de una u otra manera existen y son representaciones reprimidas. Esas representaciones son representaciones de deseos infantiles que serán transferidas al analista. Cuando las cosas no son así, el analista se encuentra confrontado a un paciente límite, su psiquismo se sentirá invadido por un cuantitativo pulsional emitido directamente, sin los intermediarios del que hablaba. Esquemáticamente diré que todo paciente límite puede provocar en el analista un estado próximo al de la repetición onírica traumática. Cuando pude pensar esto sentí un gran alivio frente a este tipo de pacientes. A fin de cuentas, encontré un modelo para trabajar: en sesión podía funcionar como el yo onírico buscando representaciones en las que se podía derivar el cuantitativo. Es decir que no se trata de interpretar los movimientos pulsionales del paciente límite sino solicitar en mí y en el paciente algo parecido al funcionamiento del yo onírico que elabora el cuantitativo traumático. Su eje conductor está representado por la idea de los límites del método analítico freudiano. Las ideas fundamentales ya ustedes las conocen: el negativo del trauma, el trabajo de figurabilidad y el trabajo del doble. Lo que es relativamente nuevo —lo avancé en 2007 en una conferencia en mi sociedad— es la noción de *análisis transformacional*, un análisis complementario del análisis clásico que Freud asimilaba a un trabajo de arqueólogo. Un trabajo que consiste, pues, en revelar representaciones ya constituidas pero que están reprimidas en el inconsciente. Es el método clásico que se funda en la metapsicología de 1915 o metapsicología de la primera tópica. Un método que no está adaptado a las nociones de la segunda tópica, la del ello, el yo y el superyó. Lo esencial de la segunda tópica es la necesidad de transformar el ello constituido de mociones pulsionales no representadas. Un trabajo de “*representancia*” (Green) es necesario para que las mociones pulsionales puedan adquirir la calidad representacional. En eso encontramos hasta cierto punto el problema de las neurosis traumáticas. Así el analista debe operar un trabajo que no consiste en interpretar para revelar una representación reprimida, sino

que debe asociar, hacer ligazones para crear sentido a unas mociones pulsionales no representadas.

E: El paciente límite llega a destruir sesión tras sesión, incluso lo bueno alcanzado en determinados momentos, lo aniquila, lo borra, lo hace explotar. Genera una contratransferencia de rechazo, impotencia y desesperación que si no se logra instrumentalizar se convierte de igual modo en destructiva. Usted ha señalado que este destruir sesión tras sesión no se encuentra del lado de la perversión, sino más bien de un intento de ligadura mínima que logre crear lazos psíquicos que puedan transformar esta compulsión a la repetición mortífera. ¿Podría por favor explicarnos estas ideas? Y de igual modo, ¿qué sucede a su entender si el analista trabaja sin tomar en cuenta la segunda tópica?

CB: Dos elementos de respuesta. El paciente límite tiene una primera tópica prácticamente inexistente. Pensar su destructividad en términos de transferencia, que en el sentido clásico se refiere a la primera, y querer interpretarla como un deseo contra el análisis me parece una simplificación reductora, un error. Es por lo que la interpretación no produce ningún alivio y, en cambio, aumenta su sufrimiento, que se convierte rápidamente en un rechazo justificado del analista y del análisis. Igualmente, toda tentativa de explicar la desesperación por medio de elementos del pasado fracasan. La tragedia del paciente límite se encuentra en su incapacidad de establecer conexiones que puedan derivar, e incluso transformar el exceso de los afectos en representaciones contenedoras de ese cuantitativo. Si me piden singularizar en una frase el trabajo analítico con los borderlines les diré que el analista debe olvidar su trabajo habitual y, en cambio, mostrar y crear lo más posible potenciales ligazones de los afectos *hic and now*, sin atraer la atención del paciente sobre el analista, que más bien debe limitarse a acompañar para construir en el presente lo que antaño no existió y que un día, quizá, se convierta en representación ligada susceptible, en caso de conflicto intrapsíquico, de ser reprimida en el sistema inconsciente de la primera tópica. Ya le hablé de *análisis transformacional*. Aquí pienso en Betty Joseph que considera que *las experiencias*, las más remotas del paciente, ideas que no han podido ser verbalizadas o incluso pensadas, pueden ser *recuperadas gracias a las experiencias de realidad en la sesión*. Concepción importante, pero también hay que pensar en lo que no ha podido ser ni siquiera experimentado (Winnicott). El sufrimiento del paciente límite consiste en el hecho de que, en ausencia de una experiencia concreta, se produce una desorganización del

psiquismo, y solo un dolor más biológico que psíquico sirve de organizador. Un dolor que, por insoportable que sea, representa finalmente un recurso que debe conservarse. La sesión y el analista pueden prestarse a su mantenimiento. Establecer ligazones permite al analista, en primer lugar, conservar su sentimiento de que sigue trabajando como analista; y, en segundo lugar, “enseñar” al paciente a estar más atento a posibles conexiones, a desarrollar una capacidad de auto-observación. En breve, permitirle “aprender” a matizar su dolor gracias a las conexiones, dándole sentido. Encontramos de nuevo la importancia de lo *negativo* ya abordado a propósito del *negativo de trauma infantil*.

E: Usted señala que la memoria del paciente límite no está constituida en forma de pasado, el presente no es el presente sino la continuación del pasado. Un pasado en constante actualidad. El paciente límite vive en constante regresión, no logrando diferenciar su propio mundo interno, el mundo interno del externo ni el objeto de sí mismo. ¿Cómo cambia el trabajo de rememoración en este escenario de actualidad permanente? ¿Todavía tiene lugar la rememoración?

CB: No hay pasado memorable porque no ha habido organización de *huellas mnémicas* en el paciente límite. La memoria no es una inscripción automática de lo que ocurre a un sujeto. La memoria neurológica está condenada, más o menos a corto plazo, a desaparecer y a ser remplazada por un proceso selectivo de construcción del pasado trabajando en función de la organización psiconeurótica fundamentalmente edípica. Lo que sí encontramos en estos pacientes es la negatividad de una *memoria sin recuerdos*, lo que corresponde a la desorganización psíquica con un solo punto de agarre, que es el dolor *borderline*.

E: Dr. Botella, nos gustaría poder culminar la entrevista pidiéndole que nos cuente, si es posible, alguna novedad de su nuevo libro que está próximo a ser publicado.

CB: El título del nuevo libro es *La memoria sin recuerdos*. Con Sara desarrollamos esta noción de *memoria sin recuerdos* que he presentado en uno de los últimos números del *Internacional Journal of Psychoanalysis* (*On remembering: the notion of memory without recollection*. October 2014, Vol. 95, Number 5). Quizás lo más nuevo del libro es el capítulo consagrado a los *límites del método freudiano*. Dos ampliaciones complementarias serían necesarias al método

freudiano: la noción ya comentada del *análisis transformacional*, y otra que estoy empezando a trabajar, la noción de *atención flotante perceptiva*. Quiero indicar con ella que en ciertas estructuras psíquicas situadas mas allá de la neurosis, no basta la noción de *atención flotante* clásica consistente en asociar libremente de una forma esencialmente intrapsíquica. La *atención flotante perceptiva* sería una particularidad de la atención del analista basándose en un hecho inesperado. El analista “se deja” sorprender por algo en la percepción que, por lo tanto, es ordinario. Algo que el analista no sabe bien definir le sorprende. Y ese algo va a ocupar, a pesar del analista, cierta importancia en sus asociaciones. Hasta un momento en que esa percepción sorprendente representará para el analista un *signo perceptivo* que abre un nuevo mundo de comprensión de su paciente. El fundamento teórico viene inspirado en el concepto de relación que gobierna el pensamiento de Pierre Marty, del que hablábamos al principio de la entrevista.