

PALAVRAS. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis

ISSN: 2468-9831

www.revistas.unlp.edu.ar/palavras

palavras@outlook.com.ar

Argentina

**EL MÉTODO CLÍNICO EN PSICOANÁLISIS:
ENTREVISTA CON GABRIEL LOMBARDI**

DOI 10.24215/24689831e020

Celeste Labaronnie

Maximiliano Azcona

Cómo citar este artículo:

Labaronnie, C. & Azcona, M. (2017). El método clínico en psicoanálisis: entrevista con Gabriel Lombardi. *Palavras. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis*, 3, 96-114. Recuperado de www.revistas.unlp.edu.ar/palavras

EL MÉTODO CLÍNICO EN PSICOANÁLISIS: ENTREVISTA CON GABRIEL LOMBARDI

Celeste Labaronnie - Maximiliano Azcona^{1*}

Gabriel Lombardi es Médico, Psicoanalista y Doctor en Psicología. Profesor titular de Clínica de Adultos y Director del Servicio de Atención Clínica de Adultos, en la Facultad de Psicología de la UBA. Miembro fundador del Foro Analítico del Río de la Plata (FARP) y de la Escuela del Campo Lacaniano.

GL: Gabriel Lombardi

E: Entrevistadores

E: ¿Por qué hablar del “método clínico”? ¿Qué te inspiró a escribir el libro que está por salir publicado² bajo ese título?

GL: Comienzo aquí anticipando un capítulo donde explico por qué el psicoanálisis no es una neurociencia. Justamente, me parece que una de las vertientes que me inspira a escribir este libro es que Freud se separa no de la psiquiatría – no de las formas de la psiquiatría existentes bajo diferentes denominaciones en el siglo XIX – sino de la neurología. Su formación neurológica lo llevó a estar cerca de Jean-Martin Charcot, quien en algún momento le sugiere hacer ese estudio comparativo entre las parálisis motrices centrales de origen neurológico y las histéricas, que permitirá a Freud mostrar que responden a dos tipos de representación completamente diferentes. Freud se juega a partir de entonces por el estudio de la causalidad de la histeria, en un momento en que su etiología estaba muy descuidada, mal tratada o no tratada por la medicina.

La medicina pensaba que la histeria respondía a algún tipo de daño neurológico, o bien que se trataba de pacientes simuladoras que no tenían nada con base orgánica, es decir, nada, para un médico eso es nada. Creo que Charcot sospechaba que el síntoma histérico es algo más bien funcional, donde tal vez intervenía alguna causalidad que todavía no se podía detectar mediante los estudios con que se cuenta hoy en día, los instrumentos diagnósticos de la psiconeuroendocrinología han progresado tanto... que permiten constatar que la histeria no tiene nada que ver con eso.

Freud se encuentra entonces con dos órdenes de causalidad muy diferentes, y si bien intenta la redacción de una “Psicología para neurólogos”,

^{1*} Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. E-mails: celelab@gmail.com – azconamaxi@hotmail.com

² Lombardi, G. (2018). *El método clínico en la perspectiva analítica*. Buenos Aires: Paidós.

nunca la publica. Me refiero a lo que aquí conocemos como “Proyecto”, es una elaboración que tiene muchísimas ideas, bastante genial, pero al mismo tiempo prefiere no publicarla porque nota que hay algo en la metáfora de las neuronas que no va, que es complicado, que es mejor hablar – en el lenguaje de la época, pre-saussuriano, prelingüístico - de representaciones, de *Vorstellungen* y no de neuronas. A partir de ahí realiza una ruptura nítida o, como diría Bachelard, un corte epistemológico, que no tiene retorno. Es sin retorno, incluso cuando él mismo piensa que en el futuro la neurología va a avanzar suficientemente como para que se pueda comenzar a tender el puente que hoy António Damasio u otros creyentes de la ciencia piensan que se puede tender... entre qué y qué, ¿entre la “psique”, como decía Freud, como podía, y el organismo? La hipótesis de Damasio es que se puede tender una pasarela (“passerelle”, dice, en francés), un puente que permita unir el psicoanálisis y la ciencia neurobiológica, inmunológica... psiconeuroinmunoendócrino..., etcétera. Me da la impresión de que son hipótesis que vuelven un poco al proyecto de Freud, pero siempre de un modo fallido, insustentable.

Allí ubico una de las motivaciones de este libro. Estudié medicina, fui becario de CONICET, trabajaba con virus y sus ácidos nucleicos; tenía cierta afinidad con la investigación, pero también hacía guardias médicas los domingos, porque la investigación científica en Argentina siempre estuvo muy mal paga, y allí pude ver lo que pasaba, en la sala de guardia. Cuando llegaba alguien que parecía padecer algún síntoma histérico, apenas lo estudiaban, le hacían algunas pruebas clínicas rudimentarias, a veces un electroencefalograma, y concluían, “tiene el síndrome de Unca”, para decir “no tiene nada”, o “un carajo”. Es como decir: dice que tiene un síntoma, pero no tiene nada, lo que pueda sufrir no responde a ninguna causalidad científicamente demostrable.

A su vez, de la ciencia, los médicos no tienen mucha idea, suele ser gente no muy curiosa, pero bueno, aprendieron algunas cosas en los apuntes, en los manuales, entonces pueden decir: no tiene nada, y eso quiere decir: nada que pueda encontrarse en el manual, en lo que recuerdan del manual que tal vez hace un tiempo estudiaron. Además, hoy la situación ha cambiado. El médico ni siquiera toca al paciente, el médico de la medicina prepaga no toca al paciente. Particularmente en los centros de alta complejidad, se lo estudia con aparatos alemanes, por ejemplo, y de allí sale el diagnóstico, por imagen o por resonancia magnética. Se lo mira o se lo escucha a través de aparatos complejos, costosos, pero no interesan para nada sus “representaciones”, de las que con suerte se ocupa algún otro terapeuta: homeópatas, astrólogos, psicoanalistas.

Volviendo a los caminos de la investigación científica, ya en la época de Charcot se podía conjeturar: o no tiene nada, o tiene algo neurológicamente comprobable. Pero en cualquier caso, en esa época, había que esperar para que llegue el momento propiamente clínico. En “El

nacimiento de la clínica”, Foucault explica la situación de la época de Charcot: hay que esperar que se muera el paciente, disecar el cadáver, realizar ciertos cortes en el cerebro, y ver si tiene o no alguna lesión neurológica. Hoy en día hay otros métodos más rápidos, no hay que esperar la muerte para obtener algún diagnóstico, pero en aquella época era así. El corte epistemológico freudiano para mí fue muy fuerte; procedo de la medicina y en el discurso médico, realmente, la histeria es nada, es no tener nada. Y si te duele puede ser algo “psicosomático” – se dice así, a grandes rasgos -, sin distinguir nítidamente entre el síntoma histérico y el efecto psicosomático. Y si se distingue, en el discurso médico, tal enfermedad dermatológica que puede tener un componente psicosomático, se dice de todos modos que es idiopático, causalidad singular, no tipificable. Para la perspectiva clínica que propongo, el término “idiopático” no tiene sentido. Trabajamos con la particularidad, la tipicidad del síntoma.

E: A veces suelen hablar de algo “funcional”...

GL: Funcional, sí, dicen “funcional” cuando el síntoma no tiene base orgánica reconocible, pero se puede reconocer la perturbación. Sin embargo, en muchos casos ni siquiera creen que sea un síntoma, o sea que si el paciente dice “a mí me duele”, el médico parece interpretar: “bueno, dice que le duele, es un caso de pitiatismo, de imitación”. O sea, vos decís que te duele pero en realidad no te duele. Estás mintiendo, o estás errado. Vos decís que que escuchás voces, en realidad esas voces no pertenecen a “la realidad”, no existen. La realidad del médico es algo muy acotado, hay más cosas que las que puede concebir el médico, *there are more things in heaven and earth*, hay más cosas que las que puede concebir el discurso médico.

En eso se justifica no sólo la corrección freudiana de la histeria, también la corrección lacaniana de la teoría y clínica de las psicosis. Si el tipo percibe algo, en fin, a lo mejor puede llegar a tener un sustento, algún grado de realidad. Si al sujeto histérico le duele algo, eso responde a alguna causa. Allí la clínica del psicoanálisis introduce un orden de causalidad que se podría investigar con el método de interpretación de Freud, el que explica en el capítulo II de “La interpretación de los sueños”.

Respecto a lo que me inspiró a escribir este libro, diría que todavía hay algún factor más, que es que en la misma época de Charcot había un tal Bernheim, Hyppolite Bernheim, bien conocido por lo menos por los textos de Freud -alguna vez conseguí su libro sobre la sugestión y la hipnosis, un libro de 1890, creo-.

E: Freud lo había prologado, ¿no?

GL: ah, es cierto, no lo recordaba... allí se encuentra un abordaje de determinadas enfermedades como la histeria, por sugestión. Freud cuenta la

reacción que le provocaba cuando el sugestionador, el hipnotizador decía a la paciente: “no se contra-sugestione, usted tiene que responder a lo que yo le digo”, a la demanda o a la mirada del otro. De algún modo Freud reacciona también él, se identifica un poco con ese sujeto histérico al que en determinado momento ya no le gusta que se intente sugestionarlo, que y que finalmente rechaza de plano ese tratamiento.

Esa es otra fuente del interés para mí en la clínica como interrogación de la experiencia. Hay tratamientos por la palabra que son eficaces en los seres hablantes -nosotros-, pero que son anteriores al nacimiento de la clínica. Tanto Georges Lanteri-Laura como Pedro Laín Entralgo dicen que la cura por la palabra existe desde que existe la palabra. La palabra y la cura por la palabra van de la mano, es muy simple, una vez que hablas, el lenguaje de alguna manera te divide, te sintomatiza y así como te enfermas, puedes curarte también por la palabra. En ese sentido los textos de Laín Entralgo particularmente son preciosos. “La medicina hipocrática” de Laín Entralgo³ es una joya, después publicó otro que es... no recuerdo exactamente cómo se llama, sobre la cura por la palabra, lo cito en el libro.

También el psicoanálisis es un tratamiento, una cura por la palabra. Cura en el sentido etimológico, es un cuidado, una terapéutica; *therapéuo* en griego, *cura* en latín, *Sorge* en alemán, son distintas maneras de decir “cuidar, curar, hacerse cargo de, poner su afán en”.

Hay un capítulo de Heidegger, dicho sea de paso, creo que lo menciono en mi libro, en “El ser y el tiempo”, que es sobre la cura. Viene después de otro capítulo que trata sobre la angustia. La angustia como posibilidad del ser que todavía no es, que todavía no se abre, que no sale de su estado de “yecto”, de caído, de arrojado entre los entes intramundanos. Y la cura podría abrirlo al ser-aquí, al ser-ahora, al ser presente. Hasta ahí llega el filósofo, y no avanza mucho más porque le falta la parte práctica, ¿no?, después de leer a Heidegger te queda, no sé, la autoayuda. No tenés con quién hablarlo; la reflexión ontológica, aún si es existencialista, no termina de aplicarse a tu caso particular. ¿Cómo pasar de la angustia al acto? Son muy pocos los que saben aprovechar la angustia para arrancarle su certeza, y entonces no se puede generalizar, aparece en lugar de la generalidad, las particularidades clínicas, las distintas formas en que la gente no se cura de la angustia actuando; en lugar de actuar, hace síntomas, distintos tipos de síntomas.

En cambio, Freud y Lacan van por otra vía que es tomar eso que describen los filósofos, Kierkegaard, los existencialistas, los fenomenólogos, los que estudian la percepción. Toman eso y también el hecho de que muchas veces... Lacan lo va a decir de este modo: “la percepción no dice nada, somos nosotros quienes la hacemos decir”. O sea que uno puede decir

³ Laín Entralgo, P. (1972). “La medicina Hipocrática”. En: P. Laín Entralgo (ed.), *Historia universal de la medicina. Tomo II La antigüedad clásica* (pp. 73-118). Barcelona: Salvat.

“yo percibo tal cosa” y yo decir “yo no percibo eso”, y no por eso el primero está totalmente loco y yo soy el dueño de la realidad. De manera que ahí hay otra veta que es la veta de la cura por la palabra, en la cual el psicoanálisis queda mezclado con la sugestión, la hipnosis, las distintas psicoterapias que puede haber, que pasan también por el uso de la palabra, y entonces es en ese punto donde me parece que vale la pena preguntarse: ¿pero hay una clínica más... cómo decirlo... más científica?, ¿hay una ciencia -por decirlo en los términos de Lacan- una ciencia que incluya al psicoanálisis, que incluya su consideración del sujeto, de sus percepciones y que tenga algo que ver con algún orden de realidad, o de real, que responda a algo que no es meramente sugestión? Alguna aprehensión desde el psicoanálisis que no sea del orden de “a mí me parece que me pasa tal cosa”, entonces el psicoanalista hace algún pase de magia, una interpretación, y se lo resuelve.

Es en relación a la sugestión que tomo la idea de la medicina hipocrática, que se pregunta por aquello que no se cura por la palabra. Recuerdo entonces un término que usa Lacan: que existe lo inexorable. “Inexorable”, literalmente, quiere decir que ninguna exhortación, ninguna sugerencia, ninguna súplica lo hace cesar. Hay algo en ese orden de *pathos*, de padecimiento, que no responde a la súplica, que no responde a la demanda, que no responde a los tratamientos con la palabra. Y allí comienza nuestra clínica.

Puede haber psicoterapia y puede haber psicoanálisis sin ninguna reflexión clínica, puede haber muuuucha experiencia psicoanalítica, sin clínica. Peligroso para la transmisión del psicoanálisis. No podemos, no debemos depender de la existencia de los analistas que son buenos hipnotizadores, o buenos hipnotizados por sus pacientes; si dependemos de ellos, el psicoanálisis va a desaparecer. La clínica psicoanalítica supone poner el terapeuta en el banquillo, invitarlo a decir sus razones, volver a interrogar todo cuanto Freud ha dicho – porque de sus dichos, buenos o erróneos, se deduce su “decir”, un decir inaugural de un modo nuevo de lazo social, el lazo analítico.

E: Digamos que son cuestiones de actualidad, ¿no?, las que te han llevado a escribir este libro. Un poco el diálogo con otros discursos, como pueden ser las neurociencias y otras formas de abordaje del sufrimiento...

GL: La clínica psicoanalítica es interrogada por Lacan específicamente cuando inaugura la Sección Clínica a su cargo en un ámbito universitario, la Universidad de París VIII. Allí explicita, en su discurso de Apertura, lo que él ya hacía como ejemplo en sus presentaciones de enfermos, su manera de abordaje del sujeto, del *pathos* del sujeto. Inaugura la presentación de la Sección Clínica justamente con la pregunta “¿qué es la clínica psicoanalítica?”. Retomo esa pregunta con bastante detalle, ya que en la

reseña que quedó de esa presentación se puede advertir una aproximación metódica a través de respuestas que se van acercando a cierta cosa, a cierta causa que podría responder esa pregunta. Dice primero que la clínica tiene que ser un modo de interrogar -ya no recuerdo la secuencia, la van a encontrar en el libro de un modo mucho más preciso- de interrogar los padecimientos subjetivos, pero también de qué manera el analista los aborda, cómo interviene, el modo en que considera que el síntoma responde a su intervención, la forma en que reflexiona sobre los efectos de su intervención. Secuencia que podría completarse preguntando de qué modo el analista termina formando parte del síntoma mismo, ocupando el lugar de aquél al cual el síntoma está destinado - el síntoma pensado como un mensaje que no encuentra quien lo escuche, el analista podría ubicarse entonces en ese lugar, en cierto sentido, de la causa del síntoma, ¿no? Es llevar también la transferencia a la pregunta clínica.

Me refiero al síntoma como una palabra interrumpida, una palabra que no llega, una palabra que por un lado te representa y por otro lado te deja dibujado, te deja afuera de lo que estarías tratando de comunicar, en el acto mismo de comunicarlo. Es lo que Freud llamó transferencia, en lo que tiene de objeción a la intersubjetividad. Allí se trata de pensar en qué condiciones nosotros, psicoanalistas, podemos decir algo en una perspectiva clínica, tratando de eludir las dificultades enormes que hay en la transmisión de algo de un sujeto a otro sujeto. Dar cuenta del hecho de que no hay comunicación del dolor, por ejemplo, en la histeria. Si me duele a mí, es algo que lo siento yo. Vos podés creerme más o menos, te puede importar más o menos, el dolor lo tengo yo.

También vale para el caso de la alucinación. Es verdad que hay sonidos que alguno escucha y los demás no, a los que la neurología les encuentra una "base orgánica", una hipótesis, una explicación. A un acúfeno, a un tinnitus, el neurólogo puede encontrarle una causa, y explicarte que lo que estás escuchando en realidad depende de cierta pérdida de la capacidad de las neuronas de cierta zona neural, porque ha habido alguna lesión, un trauma acústico, que se puede precisar bastante bien porque el sonido se ubica en frecuencias precisas; en realidad, ese sonido es una sobrecompensación de la insensibilidad específica de esa zona; el cerebro interpreta que hay un sonido justamente donde no hay ningún sonido, algo así. Entonces, no hay que ponerse nervioso por eso. Parece que hay tinnitus que son muy molestos, no tipo zumbido sino tipo batería de cocina, eso produce efecto subjetivo, pero tiene base neurocognitiva "certificada", digamos.

En el caso de la alucinación no, porque no se encuentra ningún correlato neuroacústico. En este caso es la percepción de alguien que está seguro de lo que ve, de lo que escucha, de lo que dice que ve o escucha, está en la certeza de eso, y está tanto más en la certeza cuanto que los demás no lo perciben. Eso lo asegura más en su certeza: el percibe algo que los demás

no. Y a veces le da a esa percepción la máxima importancia. Allí se esboza una dimensión clínica que Lacan toma de Freud, y por eso una de las aproximaciones que hace para intentar definir la clínica psicoanalítica es: “volver a interrogar todo lo que Freud ha dicho”. No es una fe ciega, no sugiere creer, sino interrogar todo lo que Freud ha dicho, porque era un tipo que no decía tonterías. Es verdad que Freud dijo que en el futuro la neurología va a aportar los puentes necesarios al psicoanálisis como para poder volver a formar un campo único con la neurología, y hoy en día vemos que eso está cada vez más lejos, e incluso sabemos que es imposible, porque son dos clínicas metodológicamente incompatibles. No digo que el psicoanalista y el neurólogo no puedan colaborar en ciertos casos, digo que lo que estudia uno y otro responden a dos tipos de elaboración etiopatogénica radicalmente diferentes.

Hay en Lacan una fe en el *decir de Freud*, no es los enunciados sino en el decir que abre un campo nuevo. Hay un decir en Freud, una posición de enunciación, que vuelve perceptibles cosas a las que nunca nadie les había prestado atención, por lo menos no en la consideración científica. Si uno lee “La interpretación de los sueños” de Artemidoro, se advierte que tenía ya una cierta percepción bastante interesante de lo que podía traer un sueño como sentido, como mensaje. Pero es Freud quien dice: vamos a ver qué respuesta podemos encontrar a la pregunta por el sentido de los sueños *en la literatura científica*, y hace un estado del arte de cien páginas para decir que en realidad no hay nada en la literatura científica: que se ha escrito bastante sobre los sueños, pero no sobre *el sentido (Deutung)* de los sueños, y que en cambio habría que ir a los antiguos o a las interpretaciones populares para encontrar algo sobre el sentido de los sueños, un libro de los sueños, un método de interpretación, etcétera.

De manera que conviene volver a interrogar todo cuanto Freud ha dicho, sobre todo por su posición en relación al padecimiento subjetivo, a ciertos fenómenos que quedan por fuera de la conciencia, y sobre todo, por fuera de lo que puede percibir el médico o el psicólogo desde afuera, aun con ayuda tecnológica. Allí ubica al síntoma histérico (“no tiene nada”), también al contenido onírico – y no tanto el que entra en la conciencia como el otro, el que no entra en la conciencia, los pensamientos latentes, que se deducen por asociación- o los actos que son fallidos, que no quedan registrados, como algo que pasa y nadie le presta atención, que son como pequeños crímenes, imperceptibles -tomé la idea de Guillermo Martínez⁴-, actos que son casi imperceptibles. “Casi” imperceptibles, porque si alguien les presta atención resulta que hay muchos más actos en nuestra vida cotidiana de lo que pensamos. Y no nos hacemos cargo de eso porque en principio nadie te pide razones. Freud mismo dice que, en general, cuando la gente habla de libre albedrío habla de actos nimios, sin mucha importancia, donde uno cree que

⁴ Martínez, G. (2003). *Crímenes imperceptibles*. Buenos Aires: Planeta.

puede elegir; mientras que si son actos importantes o actos que vienen del inconsciente, dicen 'bueno, qué sé yo, es un error, una equivocación' o 'es lo que me ha tocado, no es algo que yo haya elegido, sino que me pasó así por suerte, fatalidad, destino'.

El decir de Freud volvió posible una clínica de lo inaudible, de lo que no se escucha, de lo que no se siente desde afuera, de lo que se traduce como afecto de un modo irreconocible. La angustia es un afecto que no responde a ninguna representación, en ella no sabés a qué tenés miedo, tal vez tenés miedo del miedo; como Juanito en el primer tiempo de su padecimiento, todavía no sabe qué le pasa ni a qué le teme. Todavía no le tiene miedo al caballo, pero es "angustia ante algo", dice Kierkegaard, y también lo dice Freud. No sabe qué es ese algo. Pero Freud sensibiliza a la civilización sobre lo que no se escucha, lo que no se siente, pero se puede decir. "La percepción no dice nada, somos nosotros quienes la hacemos decir", resume Lacan. Otro ejemplo es el sentimiento inconsciente de culpa, sobre el que nos hemos demorado en los últimos años algunos colegas en la universidad y en la Escuela a la que pertenezco.

El sentimiento inconsciente de culpa es un sentimiento inconsciente... "perdón", dice Freud, *sit venia verbo*, "si me permiten la expresión". Es como un oxímoron, ¿no?, un sentimiento inconsciente. Pero ese sentimiento que no es consciente se deduce, de la enfermedad como necesidad de castigo por ejemplo. Se deduce que hay una instancia en nosotros que lleva las cuentas, dirán Freud y Lacan, una instancia ética que lleva las cuentas respecto de qué hemos realizado y qué no; qué de nuestro deseo queda pendiente. Hay más culpa en nosotros que la que sabemos.

Por ejemplo, obsesivos, nos sentimos culpables de cosas lateralizadas, culpables de otra cosa que no es en realidad. Tendemos a moralizar la culpa, no hicimos los deberes, pero qué deberes, los que nos indica el amo o los que permitirían una realización del deseo.

Los paranoicos, en cambio, nos sentimos completamente inocentes, la culpa es del Otro.

Los histéricos, nos sentimos inocentes durante un rato, de una manera dialectizable, la culpa es del Otro, sí, pero es fácil de volver hacia el sujeto, como hace Freud con Dora cuando le dice: "Detrás del reproche dirigido hacia terceros suele haber reproches dirigidos hacia uno mismo", y la jovencita, que nada sabía de psicoanálisis, escucha eso y dice "¡ah!"... Parece una interpretación teórica, y sin embargo la paciente rápidamente comienza a contarle que, efectivamente, de alguna manera ella había participado en el desorden que ahora la afectaba, desorden de la familia, del amor, intercambios inconvenientes. A partir de esa intervención, Dora cuenta la parte no reivindicativa, sino la participación intrigante que permite comenzar a entender su propia sintomatología, donde ella participa ya no solamente como sujeto paciente sino también de un modo bastante activo.

Y ahí está ya sugerida la idea de que entre el campo del padecimiento y el campo de la actividad podría haber una zona intermedia, una voz media en el caso del acto (la voz media es la voz del acto). Pero si no hay acto sino síntoma, si el síntoma viene al lugar del acto, sos al mismo tiempo paciente y agente, tu propio actuar te hace padecer, sufres de tu participación activa en tu propia dolencia: división subjetiva entonces, esa que Lacan escribe: \$, y que lo lleva a inventar el término de “analizante”.

El sujeto en análisis, el síntoma en análisis, es la división subjetiva en análisis. No hablamos ya de paciente -término incorrecto-, ni tampoco de alguien que es solamente agente, exterior al proceso de formación y sostén del síntoma. Siempre recomiendo la lectura de Émile Benveniste⁵ y su manera de entender la voz media como la verdadera voz del acto. Ese caso no es el del agente que actúa desde el exterior, ni el paciente, que padece de una causa que viene desde fuera de campo de acción o elección; la voz media es la voz del *loquor*, por ejemplo, del “yo hablo”, en latín; es el ejemplo más conocido de la voz media en las gramáticas tradicionales, es algo así como un “yo me hablo”. No tenemos voz media reconocida gramaticalmente en la morfología reconocible del verbo en español. Pero sí tenemos la forma que la reemplaza o que la traduce, y que es una especie de diátesis verbal reflexiva: yo me hablo y yo me percibo... o me persigo.

Todos estos campos subjetivos son campos que, de alguna manera, Freud abre. Es todo un mundo nuevo, una realidad nueva de exploración, de investigación que no se puede percibir desde afuera. No se puede percibir desde afuera con o sin diagnóstico por imágenes, electromagnetismo u otros dispositivos tecnológicos. No hay manera. Es cierto que la neurociencia puede determinar, por ejemplo, trastornos focales en determinadas zonas del cerebro. Ya no de un modo tan delirante como el que me enseñaban en el Curso Superior (así se llamaba) de Médico Psiquiatra, donde había un tal Goldar, que realmente hay que leer alguna vez para ver hasta qué punto un neurólogo puede delirar, donde se hacía toda una clasificación de los síntomas según la localización cerebral, sin ningún fundamento. Y te lo enseñaban con autoridad, como si eso fuera la ciencia, pero no solamente era la verdad médica. La “Neuropatología de la memoria”, por ejemplo, de este señor Goldar, es impresionante. Era un adelantado, un precursor de la neurociencia de ahora, que de vez en cuando hojéo, para constatar lo que ha avanzado. Y de hecho utilizamos conocimientos o productos que tienen que ver con la neurociencia, pero no a la manera de una localización que podría conectar tal padecimiento con tal zona de la corteza cerebral o del cerebro límbico. Me parece que eso no. Es cierto que hay argumentaciones de una

⁵ Benveniste, E. (2004). *Problemas de lingüística general*. Buenos Aires: Siglo xxi.

escuela de neuropsicoanálisis, de Solms⁶ y su mujer, o viceversa, gente que comienza a producir en Londres, alrededor del año 2000.

E: El neuropsicoanálisis de Solms pareciera un buen ejemplo de una propuesta que iría en una dirección distinta a la que planteás...

GL: Bueno, he leído algunas de las argumentaciones de Solms, algunas de las argumentaciones de Damásio, también algunas de las elaboraciones de Pinker, por ejemplo, y sus gruesos volúmenes sobre la mente...

E: El reduccionismo como estrategia metodológica es lícito para algunas disciplinas, pero es algo con lo que nunca estaremos de acuerdo, me parece a mí, los psicoanalistas. Se tiene todo el derecho a pensar en términos reduccionistas, pero esa no es la única manera de generar conocimiento. Me parece que Solms se ubica -o pretende ubicarse; y habría que ver si lo logra- desde una perspectiva diferente.

GL: Habría que leerlos más. Viene muy bien charlar con gente que lee estas cosas.

E: En el 2000, como vos decís, comenzaron a editar una revista con el título de “Neuropsicoanálisis”. Según entiendo, ellos proponen una especie de combinación metodológica en sus estudios, que no pareciera estar basada en una perspectiva reduccionista, sino más bien en una que pretende integrar dos tipos de observables sin por eso presuponer un dualismo de sustancias. Habría que ver si esos puentes son viables...

GL: Hay controversias al respecto. Seguramente puede ser beneficioso tomar ideas, metáforas de otras ciencias, como cuando Freud tomó la idea de “neurona” porque todavía no podía decir “significante”. Hay quienes piensan que la doble perspectiva del neuropsicoanálisis puede ser útil para el psicoanálisis, otros que se oponen. Es un debate reciente que se da sobre todo en Inglaterra.

Por mi parte, creo que hay maneras diversas de tender puentes. Prefiero la idea de “separación” en Lacan, distinta de la disyunción alienante del tipo “o bien, o bien”. La separación es algo del orden de la intersección de negatividades. Por un lado tenemos al sujeto y su interpretación “pulsional” de la necesidad procedente del organismo, un sujeto que interpreta la necesidad como exigencia significativa, y al que el método analítico le permite ir hasta cierto borde-límite, el borde de un agujero en el que, podemos suponer, podría darse la intersección de ese sujeto, efecto del lenguaje, y el

⁶ Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2000/2005). *Estudios clínicos en neuropsicoanálisis: introducción a la neuropsicología profunda*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.

organismo. Pero es una intersección vacía. Llegamos hasta ahí, hasta ese borde, y no podemos avanzar más por la vía analítica; y sin embargo, agradecemos que haya otros que se ocupen de otros bordes de ese agujero que hay entre sujeto y organismo, y que nos permitan a nosotros, analistas, ser prudentes. De modo que si alguien dice “me duele mucho la cabeza desde hace un mes y medio”, no nos apresuremos a hacer un diagnóstico de histeria, no en todos los casos. A veces le sugerimos que consulte con un médico clínico, un generalista, y eventualmente también con un neurólogo. Porque tal vez no solamente haya un síntoma histérico, o un uso histérico del síntoma, sino también un tumor de cerebro, una epilepsia, o alguna otra patología con base orgánica verificable por fuera del registro de la palabra, una base sobre la que ni el psicoanalista ni el neuropsicoanalista puede intervenir. Allí el que diagnostica es el neurólogo a secas y no el psi..., y el que corta, eventualmente, es el neurocirujano. Por eso yo no estudio neurología, a pesar de que en otra época, de estudiante de medicina o becario del CONICET interesado en neurobiología, me encantaba.

De todos modos, debemos reconocer que hay una tentación de reduccionismo en los psicoanalistas, porque somos “moterialistas”, según dice Lacan jugando con “mot”, que es una de las traducciones posibles de la palabra “palabra” -no “parole” en el sentido del lenguaje hablado, sino palabra como elemento de la frase -. Somos “moterialistas” del significante, y justamente por ese moterialismo es complicado salir del nuestro reduccionismo, que suele adquirir matices de “eliminacionismo” – de todas las otras determinaciones que no sean del campo freudiano -.

Esta pendiente, que tal vez no sea la mejor, se vuelve más tentadora aun cuando Lacan afirma que el significante no es sustancia inerte, como decía inicialmente, en sus primeras aproximaciones a la noción de significante. En su seminario 20, *Aún*, dice que el significante es... ¡sustancia gozante! Y cuando leemos “sustancia gozante” podemos entender que se acabó allí la posibilidad de distinguir entre una *res* y otra -la *extensa* y la *cogitans* por ejemplo-. O entre goce y significante. En el seminario “El deseo y su interpretación”, Lacan señala justamente ese momento clínico en el que, lo que era transferencia positiva - buena onda, asociación, cura por la palabra-, emerge ese momento indicado por Freud en “Dinámica de la transferencia” en que al analizante no se le ocurre nada. Cuando no se le ocurre nada, el representante de la representación que no surge en ese momento recae sobre el analista. Ya en su primer seminario, “Los escritos técnicos de Freud”, Lacan lee ese momento así: cuando la palabra deja de funcionar en el registro de la comunicación, se inclina hacia la presencia del oyente.

Esa idea es maravillosamente tratada después en “Introducción al comentario de Jean Hyppolite”, que está en los *Escritos*, donde insiste “esta presencia, esta presencia, esta presencia...”. Y allí, bueno, se juega algo que es del orden de un “moterialismo” del que es difícil salir desde el psicoanálisis.

Es difícil porque ¿qué otra cosa hay para nosotros? Está la interdisciplina, decimos. Y la teoría de Lacan de que hay otros discursos, distintos al discurso analítico, que no se ocupan del sujeto, sino que se ocupan de otras cosas. El analista se pone en lugar de oyente, de oreja, de presencia del oyente, en un lugar de *objeto a*, a escuchar e interrogar al sujeto. Pero hay otros que por suerte se ocupan desde otras perspectivas. Por ejemplo, el universitario enseña y produce sujetos titulados. O sea, el profesor, semblante de saber, se dirige a los productos del deseo de los padres, los alumnos, sin luces, *objetos a* minúscula, pequeños objetos emergentes del deseo del padre y de la madre, para titularlos, es decir dividirlos, ¿no?, representarlos. Una vez que tenés el título... viene la pregunta, qué carajo hacés con eso (risas), ¿no?

Por otro lado, también está el discurso que instiga al sujeto dividido él mismo... no a trabajar, sino que poner a trabajar al otro, interroga al otro. Es el discurso histérico, que para Lacan es bastante próximo al discurso de la ciencia, ya que induce al Otro a trabajar, y producir saber. Por eso el discurso científico es bastante próximo al discurso histérico, dice, en "Televisión". De manera que piensa al científico como un sujeto preguntón, interrogador, que sabe entonces representar mejor el saber universitario, y por eso las buenas universidades no solo tienen muy buenos docentes, sino que también tienen investigadores de avanzada.

El reconocimiento de que podemos ocuparnos de algunas cosas y producir algunas cosas, pero no otras, me parece un resguardo ético importante. Lo que produce el discurso analítico, en principio, son significantes, S1. Produce o expulsa significantes, liberando de ellos al sujeto. El análisis desrealiza al significante.

Y en eso, también hay que volver sobre la distinción entre clínica y análisis. Porque el análisis propiamente dicho es extremadamente reduccionista, en el sentido de que solo produce significantes, simplemente para extraerlos de la realidad, para que no jodan más en la realidad. Eso es el análisis a secas, lo que yo llamo "análisis", sin "psico", ya no es ni siquiera psicoanálisis. "Psicoanálisis" es "ficción de análisis" dice Lacan en el prefacio del '76. Porque "psique", es ese hálito, ese soplo vital, que se puede incluso pesar, dicen, es lo que diferencia al moribundo del muerto, unos minutos después, son 21 gramos. El alma pesa 21 gramos, poquito, aparentemente, y sin embargo lo invade todo, las ficciones que secreta el alma lo invaden todo. Tal vez por eso Lacan llega a decir: "El psicoanálisis es la realidad", en un texto sobre ese tema de los *Otros escritos*. Pero el análisis a secas es otra cosa, el análisis va en contra de las realidades, comunes, compartidas, porque no sirven para nada a nivel de la interpretación de las cosas que importan, impiden, inciden en la división del sujeto, en el síntoma.

Entonces, no creo mucho en que haya puentes directos entre el análisis y otras disciplinas, pero sí la necesidad de que haya otros discursos, de que alrededor de la brecha, del agujero epistemológico entre el sujeto y lo que

estudian o tratan otros discursos, haya la posibilidad de un ir y venir, tal vez más por salto que por unión pontificia. De hecho, yo no creo que el análisis sea posible en alguien que no habita ningún otro discurso. El análisis es un momento puntual, es un encuentro con un oyente que se termina cuando termina la sesión, o un rato después. Si cuando sale del encuentro con el analista no tenés dónde ir... como ocurre en la clínica hospitalaria, en los casos del Moyano, del Borda, de Melchor Romero... por ahí tienen un encuentro con el analista pero después no tienen dónde ir, la sesión termina y saltan al vacío. Es un caso donde el analista no puede solo con el analizante.

“No hay mejor manera de entrar al discurso analítico que salir de él”, dice por ahí Lacan, hablando del acto analítico, pero ese salir no debería ser del orden del pasaje al acto, sino de la posibilidad de habitar otros discursos, entre sesión y sesión.

Por otro lado, está el hecho de que el analista solamente se dedique al psicoanálisis también resulta una especie de delirio absoluto, que en algunos casos lleva a abandonar toda consideración clínica, a conformarse con la propia eficacia – porque el dispositivo analítico en sí mismo suele ser muy eficaz sin que uno sepa bien por qué -. Uno puede llegar a quedarse muy solo en el consultorio, gozando de un modo bastante parecido al masoquismo. Lacan lo señala varias veces en los “Otros escritos”. Va a ser el próximo tema que voy a proponer trabajar en la escuela, la afinidad del psicoanálisis y el masoquismo, y en qué una escuela de psicoanálisis según Lacan podría contribuir a que eso no sea una práctica perversa.

E: ¿Por la posición de objeto del analista?

GL: Por la posición de objeto, sí, sí. Por la posición de objeto que además es eficaz, porque la gente viene, habla, mejora. Ahora puedo volver al hilo que perdí hace un rato, vuelvo al seminario sexto, “El deseo y su interpretación”, última clase, cuando Lacan, después de hablar de la interpretación de los sueños, del sentido de los sueños, de los límites de la interpretabilidad, llega a ese momento en que todos los beneficios terapéuticos obtenidos por este método, este dispositivo increíble que inventa Freud, de repente, como dice el propio Freud en “Esquema del psicoanálisis”, todo eso podría ser nada más que un efecto de sugestión. Y sobre todo, Freud lo señala en ese texto, cuando sobreviene la transferencia negativa, todo lo que se había obtenido antes como efecto terapéutico puede ser llevado como briznas por el viento. Ahí viene ese momento en el que comienza verdaderamente el acto analítico; el acto analítico consistente en ubicarse en la posición discernida por Melanie Klein. Es con el objeto malo de Melanie Klein que el objeto en psicoanálisis “rejoint le réel”, “toca lo real, alcanza lo real, se une a lo real”. Es el objeto que a nadie se le ocurriría pedir, dice allí. Es el objeto que en cierto sentido está fuera del mercado, es un objeto que no se puede

presentar directamente, es el objeto irrepresentable. Es el objeto causa del deseo, pero no objeto del deseo -en esa distinción Lacan trabaja progresivamente hasta formularlo de modo bien nítido en el seminario de la angustia, donde ubica al objeto de la angustia como la causa del deseo, pero no el objeto del deseo.

Entonces, en cuanto a la relación con otros discursos yo noto que es un peligro que el analista se quede solo, se quede produciendo efectos subjetivos de los cuales no puede dar cuenta, y que no puede dar cuenta de ese momento en que él se transforma en mal objeto, y en que eso podría a partir de ahí empezar a ser analíticamente eficaz. Eficaz en el sentido de extraer al sujeto de su relación con los objetos del mundo, con los objetos del deseo, de su estado de “yecto” o caído en el mundo, y permitirle llegar a la pregunta por el objeto heideggeriano, y antes kierkegaardiano, el objeto que está en el lugar de la causa, de causa de la cura, que es el objeto de la angustia. El análisis así concebido ofrece tal vez una salida del sistema capitalista, hipótesis de Lacan, donde para el tipo de fenómenos que causan el síntoma, y para las preguntas que éste genera, si buscás soluciones en el mercado, sí, encontrás soluciones, pero truchas, son *Ersatzen* dice Freud, son meros sustitutos del objeto que orienta el deseo, que lo causa, que lo sostiene.

E: Claro, en el libro hablás de la clínica como esa vuelta sobre la experiencia, sobre lo que sería el método analítico; una segunda vuelta que puede elaborar de algún modo lo que se produjo sin saber lo que se hacía.

GL: Exactamente. Esa es la idea principal, me parece, que se puede comenzar a hacer ya discutiendo, interrogando al analista en distintos dispositivos, ateneos, supervisiones...

E: Eso te iba a preguntar. Ese es un punto en el que hay diferentes posturas sobre cómo volver sobre la experiencia analítica. Hay discursos... vamos a llamarlos “cientificistas”, sin entrar en mayores precisiones, que abogan por sistematizar o categorizar, llevar la experiencia a matrices de datos para poder transformarla en un conocimiento generalizable, y hay quienes defienden más bien lo que vos estás planteando: la discusión a partir de casos singulares y la consideración de lo ideográfico. Estoy pensando en los debates que ha habido entre algunos como André Green y Robert Wallerstein a propósito de este punto; ¿qué pensás vos sobre esto, sobre cómo hacer clínica a partir de la experiencia analítica?

GL: Estudié bastante en su momento sobre el tema. Incluso publiqué algo en Francia -que no sé si se consigue en español-, que es un estudio sobre los

resultados de los análisis en la IPA hasta el año 2000, con una actualización de datos hasta ese momento. Allí consideré los estudios de Wallerstein y Kernberg que realizaron estudios con decenas de casos, una suerte de estudio respecto de cuánto había mejorado la relación del sujeto analizado con el trabajo, con el amor, con distintos aspectos terapéuticos, digamos, lo que hoy llamamos “terapéutico”. Entonces había estadísticas, siempre bastante positivas, respecto de lo que se puede obtener con un análisis de tantos años, de tales características. Había investigaciones con muestras más extensas. Por ejemplo un estudio de Weber de... si no recuerdo mal, alrededor de 1900 casos. La cuestión es que cuando Weber ya analiza tantos casos, son cada vez más difusos, como hoy en día uno se encuentra con estas secuencias de variables, se tiene en cuenta estos esquemas que usan los de DSM, de espectros, que responden a causalidad multiaxial, como le llaman, y que entonces permiten estudiar el autismo desde el punto de vista cognitivo o desde un punto de vista neurológico, apto para la medicación, pero ya ajenos a la clínica psicoanalítica.

Me gusta escuchar a la gente de otras disciplinas; hace poco escuché a un psicólogo canadiense, que no es tan conocido en Argentina pero sí en el mundo, cognitivo, y que tomaba una base de datos de decenas de miles de casos. Después lo charlábamos con Héctor Fernández Álvarez, o algunos otros colegas de acá de la Argentina, que en verdad a lo que llegan es a que no importa cuál sea la terapéutica -si es psicoanalítica, si es cognitiva, si es comportamental, si es sistémica- siempre son eficaces en un porcentaje de los casos, y más o menos los mismos. Y en cuanto a las intervenciones, hay una variable que es muy importante, es que hay intervenciones que se sabe que no son buenas. ¿Cuáles son las intervenciones que en ningún paradigma son buenas? Las intervenciones que son siempre la misma. Es así. Si jugás siempre con las palabras de modo lacaniano o si intervenís siempre de una manera reeducativa, si intervenís siempre del mismo modo.

E: La falta de originalidad.

GL: Sí, la falta de originalidad, la intervención de manual gastado, es mortal para cualquier terapéutica. Por eso también es bueno escuchar diferentes perspectivas y estrategias, para no quedar fijado siempre a la misma.

De manera que, si bien no creo que podamos hablar desde un punto de vista teórico con los “neuro”, vale la pena repensar la pregunta. Hay estudios actualmente que muestran que lo que es del orden del lenguaje influye en el funcionamiento neuronal, y sin duda que un disturbio neuronal incide sobre el sujeto.

Por otro lado, debo decir que, en algunos casos que participo en equipos de tratamiento de pacientes/analizantes de posición muy difícil, para ellos mismos y para el analista, donde hay también psicofarmacólogo, acompañantes terapéuticos, hospital de día, y la verdad es que entre todos

nos damos una mano para ayudar a alguien que la tiene difícil él y que se la hace muy difícil a todos los demás, al psicofarmacólogo, al analista, al acompañante, a la familia. Vuelven loco al interlocutor y hay que partir de ahí. Este tipo te vuelve loco, salvo que encuentres la manera de darle la razón, de acompañarlo en su locura, de permitirle “lazos no segregativos”, como los diferentes tipos de grupos “anónimos” – acohólicos y demás -. Entonces entre todos colaboramos y se arman equipos bastante interesantes. Por ese lado sí entiendo la interdisciplina. Pero no la transdisciplina.

E: En tu libro también defendés las investigaciones que utilizan testimonios de pase como material clínico de estudio.

GL: Sí, una palabra respecto del pase. A nivel de la recolección, entonces, de los resultados clínicos, podés tomar una base de datos de 10.000 que te informa algo bastante general e inespecífico sobre los resultados terapéuticos, pero tal vez no de una historia personal en relación con el síntoma, de las transformaciones del síntoma durante la cura, que es algo donde lo general no alcanza. La interrogación clínica del psicoanálisis, en cambio, pasa bastante por la particularidad. Habrán visto que, como otros antes, hablo de histeria, de paranoia, de psicosis, de perversión, y me parece que eso es fundamental, pero no como clasificación para excluir, sino para buscar las diferentes formas de apelar al Otro, de buscar ser escuchados en la rebelión personal. Esos marbetes diagnósticos no son más que herramientas de acceso a algo que es muy personal -y que sólo se revela en su singularidad a condición de que admitas pasar en algún momento por la particularidad, por el tipo clínico-.

El tema del pase me llega de este modo: ¿cómo sería recoger los resultados de un análisis no sólo a nivel del síntoma y de los efectos terapéuticos, sino también a nivel de las transformaciones del deseo? Esas transformaciones pueden llegar al punto de que alguien alguna vez tenga ganas, él, de ubicarse en esa posición de objeto causa del deseo de otro sujeto. Para responder esa pregunta no alcanza con ningún dispositivo clínico de los previamente conocidos, no alcanza con preguntarle a los pacientes, no alcanza con preguntarle a los analizados, a los didactas, que ya han caído de la posición de saber en la fase final del psicoanálisis. Se necesita que el propio analizado, terminando su análisis, analizante todavía en alguna medida, dé cuenta él mismo de qué puede decir acerca de qué lo llevó a ese cambio de posición, ese cambio en el deseo.

Es para responder esa pregunta que Lacan propone un nuevo dispositivo, ¿valioso?, suponemos que bastante, también vos te has interesado en estudiar testimonios de pase⁷. Implica investigar cómo el inconsciente

⁷ En referencia al trabajo de uno de los entrevistadores.

cambia, se valora, se estudia de distinta manera a partir de esa experiencia, ligada a la conclusión del análisis. Habías investigado lo que dicen los AE, “Analista de la Escuela” que han hecho la experiencia del pase, y que dicen “para mí los sueños después de la terminación del análisis tienen tal o cual valor”, o “ya no tienen ninguno”. Yo te contaba sobre los debates que ha habido en el Colegio Internacional de la Garantía de nuestra Escuela, a partir de alguien que decía: “para mí los sueños ahora no me dicen nada, no me conciernen en nada”. Otros en cambio dicen “a mí, me siguen afectando, pero ya no de la misma manera, no me impulsan a buscar la interpretación del Otro”, etcétera. Y se constata en esas variantes algo que no responde al tipo clínico de síntoma, sino a una posición que, tal vez ya clasificable, tal vez propiamente singular, posición a la que se accede después de haber padecido las particularidades del síntoma, haberse valido de ellas en la rebelión del síntoma durante el análisis, que resiste a la sugestión del analista.

En la reflexión sobre lo que pasó en el análisis podés entonces tomar lo que el analizate refuta, como intenta hacerlo Popper, cuando toma “La interpretación de los sueños” como ejemplo de pseudociencia. Toma justamente ese estudio de Freud como paradigma de pseudociencia y muestra que es así. con alguna salvedad. Ya que dice que Freud no explicita ningún contexto falsacionista respecto de su hipótesis, ningún contexto en el cual el sueño podría no ser un cumplimiento de deseo, una *Wunscherfüllung*. Freud se lo pregunta en “La interpretación de los sueños”, pero efectivamente nunca señala allí ningún ejemplo de sueños que no sean realización de deseo. Incluso los sueños desagradables, los de angustia, son una realización cifrada de deseo. Sin embargo, veinte años después en “Más allá del principio del placer”, da un ejemplo de contexto de falsación de su hipótesis de la *Interpretación de los sueños* que Popper no menciona, no sé si porque no lo leyó o porque toma solamente una obra de Freud como paradigmática.

E: Sí, de hecho Popper hace esa lectura de “La interpretación de los sueños” relativamente tarde en su obra y resulta completamente sesgada. Sólo parece dedicarse a llevar agua para su molino y continuar diciendo que Freud era verificacionista, inductivista, pseudocientífico...

GL: Pero es muy interesante lo que produce Popper. Félix Schuster me contó, cuando dirigía todavía un Instituto de Investigación de la UBA, que él fue alumno de Popper, y que Popper tenía nada más que siete alumnos en ese curso, no era como en la UBA o en la Universidad Nacional de La Plata, donde suele haber muchos más. Popper tenía en ese curso nada más que siete alumnos. Pero allí estaba el joven Schuster, y también estaba Lakatos, y estaba Feyerabend, y algunos otros... Se había armado un lindo grupo de

alumnos bastante contestatarios, que luego se dedicarán a refutar al maestro...

E: Y hay otros que dicen, respecto de los sueños después del análisis, el otro día leía uno: “sirven para un autoanálisis permanente”. Así que fijate, la postura contraria.

GL: Yo estoy más bien de ese lado. Un sueño que tuve anoche... ahora lo relaciono con la entrevista... fue un sueño tremendo, que me llevó a interrogarme otra vez sobre mi propia posición, que todavía creo poder cambiar cuando lo necesito. Y también aprecio otro efecto que se originó en el momento de pase, lo que yo llamaría – tal vez nunca conté esto – “la sensación de pase”, el alivio del pase. Cuando estás abrumado por la cantidad de demandas que tenés que responder durante el día y de repente alguien te habla de otra cosa, de su propia división o incomodidad respecto de las exigencias del significante, y vos podés escucharlo. Es la misma sensación que...

E: “Sublimatoria” decías en otra entrevista ¿no?, ¿algo sublimatorio?

GL: No lo sé exactamente; sí, puede ser, no estoy seguro de cuánto tiene de sublimatorio. Pero sé que es un alivio. Un alivio y una entrada en otra cosa, salir de una pesadilla y entrar en otro escenario. Pienso que debe haber algo sublimatorio, pero habría que explicarlo. Es un afecto específico en mi caso, que lo relaciono con el último período del análisis, los últimos encuentros - los encuentros del último tiempo, no sólo los últimos, los del último tiempo con mi última analista-. Así que, valoro el pase, a pesar de que es un esfuerzo enorme, un gran esfuerzo para los que participamos en ese dispositivo.

Por otra parte, en muchos casos no funciona bien, me parece que hay gente, que tendría que encontrar la manera de transmitir algo y no lo logró, tal vez algo falló en el encuentro con los pasadores, o en lo que estos pudieron transmitir al cartel del pase. De todos modos, a pesar de su complejidad fáctica y de sus azares, creo que es una experiencia maravillosa, algo distinto ir a contarle el cuento, el testimonio directo, a alguien que escucha. Un ejercicio de científicidad muy raro.