



LA VOZ DEL SUFRIENTE¹

*“La cura es una demanda que parte de la voz del sufriente,
de alguien que sufre de su cuerpo o de su pensamiento”²*

J. Lacan

La in-comunicación analítica

La definición de la cura que utilizamos de epígrafe oficia de hilo conductor para situar el estatuto problemático del objeto *voz* en la dirección de la cura, y más particularmente en el análisis de Dora. Entre las variantes del objeto *a* inventado por Lacan, es sin duda la *voz* la que sustenta la comunicación analítica tanto como sus interferencias y rupturas.

Desde los comienzos mismos de su enseñanza, Lacan formuló las condiciones estructurales de dicha comunicación y estableció el esquema que determina las diferentes etapas del diálogo. Una definición temprana ayuda a delimitar lo que nos gustaría denominar la “migración de la voz” en el espacio transferencial de la cura: “En primera instancia, el sujeto comienza hablando de él, no les habla a ustedes; luego les habla a ustedes, más no habla de él; cuando les haya hablado de él a ustedes, habremos llegado al final del análisis”³.

Dicho así parece sencillo, pero es evidente que lo que cuenta en esta comunicación tan particular no se reduce a los enunciados del paciente ni a las respuestas habitualmente escuetas del analista. Se trata de una operación dialéctica que

¹ Este texto fue publicado originalmente en la *Revista Aún* número 6 (Revista del Foro Analítico del Río de la Plata), Buenos Aires, 2012.

² Lacan, J (1973) “Televisión”, en *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*, punto II, Editorial Anagrama, 1977, Barcelona, p. 88.

³ Lacan, J (1955-6) “El Seminario: Libro III”, Editorial Paidós, 1984, Barcelona, p. 230.

conduce hacia una “asunción de la voz” por parte del analizante a través de las tres etapas mencionadas por Lacan.

La cura es entonces esa demanda misma que parte de la voz del sufriente, ¿es también una voz lo que responde a la demanda inicial? Mejor esta otra pregunta: ¿cómo se establecen los caminos por los cuales aquella voz instituye la comunicación propiamente analítica? Para no errar demasiado lejos y asegurarse de permanecer en la huella del inconsciente, debiéramos poder descifrar el alcance de esa voz en los caminos propios del síntoma, objeto de la in-comunicación analítica: aquel *sobre* el cuál y *con* el cuál se habla. Y se habla *con* él de maneras diversas según los distintos momentos del análisis: en algunos casos se lo toma como interlocutor, en otros se lo utiliza como instrumento de la comunicación. Es, en cualquier caso y en todas las etapas, la variable principal de la cura. Tarde o temprano el síntoma comienza a entrometerse (*mitsprechen*), a “intervenir en la conversación”⁴. Signo patognomónico de un sufrimiento mudo que el neurótico no siempre está dispuesto siquiera a reconocer, el *síntoma* admite diversos *usos* en la práctica clínica. No se trata entonces de las voces de cada una de las dos personas que participan de la cura, aún cuando su soporte sea indispensable. Es importante saber reconocer la diferencia entre la fonética y el fonema, y advertir que la voz de la que se trata se lee a la letra en el texto del síntoma y de las demás manifestaciones del inconsciente.

El decir de la cura

Tal como afirma Lacan, “el decir no es la voz” y “tampoco es el escrito”⁵: es acto propio del ser hablante, tal como se expresa en el devenir de un análisis. Pero lo cierto es que para que el decir del análisis sea eficaz, precisa tanto de la dimensión temporal en la que se articula la voz como objeto de una cadena significante como del registro de lo escrito. Es la manera de conducir ese decir de la cura hacia lo real del discurso analítico.

Lo real, dijo tempranamente Lacan, se experimenta siempre como “golpe” o como “choque”, es del orden de lo que se escapa, y puede definirse como “la totalidad o

⁴ Freud, S (1895) “Estudios sobre la histeria”, AE, tomo II, p. 163.

⁵ Lacan, J (1973-74) *Seminario 21*, inédito, clase del 9 de abril de 1974.

el instante que se desvanece”⁶. Y cuando se trata de la comunicación analítica, aquello contra lo que choca la palabra analizante es habitualmente el “silencio del analista”⁷.

Aún sin haber logrado conceptualizar la incidencia del objeto *a* (que es un invento, el único, de Lacan), a Freud no se le escapaba la importancia múltiple de los silencios provocados por la situación del diálogo analítico. Más aún, solía prestarles mucha atención y adjudicarles un intenso valor analítico. En términos de Lacan, la pregunta analítica sería cómo y cuándo el silencio como respuesta logra presentificar aquel real. Es que pueden distinguirse “tipos” de silencios según los registros del hablante. Silencio simbólico, cuando la no respuesta es al mismo tiempo una respuesta del oyente. Silencio imaginario, en la medida en que esa misma no respuesta-respuesta puede promover el sentido bajo la suposición de la sabiduría y la completud del otro. Pero la dimensión ética se presenta con toda su fuerza cuando el silencio también alcanza lo real: una voz que puede hacer surgir, en la contingencia de un encuentro, lo imposible de decir.

Para que eso sea posible, no basta con caracterizar lo real como “un silencio que golpea”, hay que añadirle la dimensión temporal de la “escanción”⁸ y de aquello que “vuelve siempre al mismo lugar”⁹. Sólo así podría circunscribirse ese real de la clínica “imposible de soportar” cuyo soporte es el síntoma que suple con sentido la no relación sexual. El síntoma es “irrupción del goce fálico”, dice Lacan en el último tramos de su enseñanza, aquello que “viene de lo real”, al mismo tiempo en que señala: es “acontecimiento” del cuerpo, “eco en el cuerpo por el hecho de que hay un decir”¹⁰.

Provistos de estas referencias tomaremos el caso Dora, “caso casi inaugural de la experiencia propiamente psicoanalítica”¹¹, para examinar lo que sucede con la incomunicación del síntoma en los preliminares de una cura y en la puerta de entrada al trabajo propiamente analítico¹².

La migración de la voz en la sintomatología de Dora

⁶ Lacan, J (1953) “Simbólico, Imaginario, Real”, Editorial Paidós, 2008, Buenos Aires, p. 32.

⁷ Lacan, J (1953) “Simbólico, Imaginario, Real”, Editorial Paidós, 2008, Buenos Aires, p. 55.

⁸ Lacan, J (1973-74) *Seminario 21*, inédito, clase del 9 de abril de 1974.

⁹ Lacan, J (1955-6) “El Seminario: Libro III”, Editorial Paidós, 1984, Barcelona, p. 97.

¹⁰ Definiciones que se sitúan en el último período de su enseñanza, entre los años 1971 y 1976.

¹¹ Lacan, J (1955-6) “El Seminario: Libro III”, Editorial Paidós, 1984, Barcelona, p. 131.

¹² Dejaremos para otra oportunidad el examen de lo que ocurre en la fase final de la cura y en la salida del análisis, pero subrayamos que es sobre la base de aquella concepción del final que se puede delimitar mejor las características de los movimientos de apertura.

Una de las particularidades más llamativas de uno de los casos que sirvieron a Freud y a Lacan de modelo de la neurosis histérica es que se trata de una “pequeña histeria”, en la medida en que no son los síntomas corporales los que caracterizan el cuadro clínico ni los que llevan a Dora a la consulta con Freud. “Los signos principales de su enfermedad eran una desazón y una alteración del carácter, y un *tedium vitae* probablemente no tomado en serio”¹³. A diferencia de lo que ocurre con pacientes como Elisabeth von R o El Hombre de las Ratas, el síntoma queda inicialmente desdibujado y la conversación del análisis recorre otros caminos. Entonces Freud se ve obligado a realizar un trabajo preliminar que permita localizar con mayor precisión la posición que adopta el sujeto frente al padecimiento. ¿Cómo entender en este caso que la cura es una demanda que parte de la voz del sufriente? Para responder, intentaremos situar el modo en que aquella voz participa de la comunicación inconsciente en las distintas etapas de la configuración del síntoma.

¿Sobre qué tema se establece el diálogo inconsciente en este caso? Dicho de otra manera: ¿cuál es el tema, el asunto, o en definitiva el “sujeto” de dicho diálogo? En este punto es Lacan quien aporta precisiones. Su respuesta sorprende tanto por la reiteración y el detalle como por la precisión y la novedad con la que aborda el problema de la histérica a lo largo de sus 27 años de Seminario: se dialoga sobre La mujer.

Para ordenar este diálogo examinaremos por separado tres etapas diferentes tanto como los sucesivos puntos de empalme entre ellas. Y como el objeto *voz* que soporta al sujeto responde más a la estructura de una partitura que a la de una línea melódica, ordenaremos la lectura según tiempos que resultan ser más lógicos que cronológicos: la etapa preliminar al análisis (*Etapa 01*), que abarca el período previo a la consulta más el primer tramo del tratamiento. Luego, la etapa del análisis propiamente dicho (*Etapa 02*), que se extiende desde la denominada por Lacan “rectificación subjetiva” hasta la interrupción del tratamiento. Y finalmente, la fase anterior a la consulta (*Etapa 00*), más precisamente aquella que se extiende desde la aparición de los síntomas de la tos y la afonía hasta la bofetada propinada por Dora al Sr. K en la ya famosa “escena del lago”. En este recorrido prestaremos especial atención a lo que va sucediendo con el síntoma.

¹³ Freud, S (1905) “Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)”, AE, tomo VII, p. 22.

a- Tiempo °1: El síndrome de persecución (de la voz del cuerpo a la voz del pensamiento)

Esta primera fase es la que nos parece decisiva, y por eso la utilizaremos como referencia principal. Su desarrollo conduce a la puerta de entrada del tratamiento, aquella donde situamos con Lacan la “rectificación de las relaciones del sujeto con lo real”¹⁴. Esta rectificación del discurso es esencial —y por eso la ponemos en primer plano— en la medida en que puede transformar la demanda inicial dando lugar al análisis propiamente dicho. En este caso, de esas relaciones con lo real, interesan fundamentalmente dos cosas que, aunque articulables, se distinguen una de otra. Por un lado, aquello de lo real que se hace presente por los “golpes” que produce en los bordes de la realidad imaginaria que mantiene ligado al yo con sus objetos. Por otro lado, aquello de lo real que se hace presente en el síntoma, y que se localiza en el punto donde los significantes del Otro (es decir, del discurso inconsciente) actualizan y preservan una modalidad de goce.

Respecto de la primera cuestión (la que prepara el terreno para la rectificación), ubicamos la cualidad “alucinatoria” con la que Dora experimenta su pensamiento relativo a la persona de su padre y a las motivaciones que determinan su conducta. Nos referimos a la posición reivindicativa, o más bien vengativa, que Dora adopta hacia su padre ubicándose como una inocente víctima de sus maltratos. Ella invoca su propia conducta como prueba de su inocencia, aunque lo hace invirtiendo los términos y denunciando la conducta de su padre. Intentemos ponerle texto a la enunciación de la voz que se hace presente en el decir de la paciente, sería algo así como: “Mírenlo como se comporta, él no me ama, y por eso me vende”. No hay dudas ni lagunas del recuerdo en este punto, es decir, ningún tropiezo en el discurso que permita hacer aparecer una enunciación equívoca que determine su posición de sujeto en el inconsciente. Por lo tanto, sobre ese hecho no hay nada que objetar.

Sin embargo, y este punto es importante por el padecimiento que trae aparejado, no puede abandonar ese pensamiento ni por un instante. Es entonces, aún por fuera de la referencia al síntoma analíticamente constituido, el primer signo de la presencia muda de la voz del sufriente. Una significación que sobrecarga un fragmento de su pensamiento consciente y se le impone con una valencia psíquica casi alucinatoria,

¹⁴ Lacan, J (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos 2*, Editorial Siglo XXI, p. 578.

culminando en un desmayo que angustia a su padre¹⁵. Son pensamientos “hipervalentes”, según la expresión de Freud, comparables a la sensación de realidad efectiva de aquellos sueños en los que se inserta una moción pulsional, o de aquellos otros de los que se despierta con una sensación “crepuscular”¹⁶ (como ocurre con el “olor a humo” en el primero de los sueños del historial).

Encontramos allí un primer signo del padecimiento e índice de un real desconocido. En este caso no se trata, estrictamente hablando, de un síntoma ni de un sueño sino de un fenómeno que Lacan califica como interpretativo y alucinatorio, y que forma parte de lo que no duda en llamar el “pequeño síndrome de persecución” de Dora¹⁷. Podría haberlo considerado como una alucinación verbal, si no fuera por el hecho de no presentarse bajo la forma de palabra impuesta que injuria al sujeto. De todos modos, presenta las características de una suerte de “eco” del propio pensamiento, y de allí su cualidad alucinatoria. Entonces, ¿cuál es su objeto?

Sin duda es Dora quien piensa, pero una interioridad extraña hace que su pensamiento cobre una fuerza inhabitual, como si una voz interior la aturdiese hasta provocar la salida de la realidad a través del desmayo. Llega un punto en que a la propia Dora le resulta imposible soportar el aturdimiento de sus dichos. Y la hipótesis que nos guía es que esto sucede porque la voz que impulsa a Dora como sujeto en esta etapa ha migrado de su lugar de origen y no consigue ser alojada en el lugar del Otro. Es entonces su *yo* quien carga con todo el peso libidinal de esa voz.

No vamos a extendernos mucho en este punto, que forma parte de las consideraciones psicopatológicas del caso. Simplemente recordamos al lector que son las palabras del Sr. K en el lago las que alteran el equilibrio de la realidad preexistente. Ubicamos allí el inicio de un movimiento migratorio de aquella voz que con el análisis se transformará en texto y letra. Según la lectura de Lacan, parte de las palabras pronunciadas por el interlocutor de turno: al ya no poder identificarse Dora con el Sr. K, la alteridad del personaje del padre se modifica sensiblemente, promoviendo la confrontación agresiva con el semejante. Los caminos del diálogo pasan del inconsciente a la consciencia y del cuerpo al pensamiento. Dicho en términos del objeto de nuestra interrogación: la voz migra de un Otro al otro, y habrá que esperar el desarrollo de la transferencia para que vuelva a migrar en dirección contraria.

¹⁵ Recordemos que respecto de esta pérdida de conciencia Freud conjetura un ataque histérico, es decir, una experiencia de excitación sexual que conduce al desmayo, como si el cuerpo de la histérica se comportara como un falo en detumescencia luego del orgasmo.

¹⁶ Lacan, J (1951) “Intervención sobre la transferencia”, en *Escritos I*, Editorial Siglo XXI, p. 217.

¹⁷ Lacan, J (1955-6) “El Seminario: Libro III”, Editorial Paidós, 1984, Barcelona, p. 234.

Como verán, intentamos ubicar aquí la forma en que adviene en esta etapa la voz del sufriente, principio de localización de la demanda neurótica: encuentra su punto de partida en el “pasaje al acto” que representa la bofetada al Sr. K. Intentemos, pues, adjudicarle al decir un texto inconsciente. En este caso sería algo así como: “Estúpido, si ella ya no significa nada para ti, tú ya no significas nada para mí; buscaré entonces la significación de esa voz en la respuesta de mi padre”. Pero esta migración de la voz termina chocando contra la rigidez de la “persona” del padre, y entonces regresa hacia la propia persona como si se reflejara en un espejo. Es este el movimiento que conduce al “ataque” histérico, cuya enunciación, imposible de articular en primera persona, podría traducirse más o menos así: “Yo gozo de esa voz, goce pulsional pero también sexual, hago de mi cuerpo falo, órgano sexual que tras el goce del orgasmo detumesce mi cuerpo y me hace perder el conocimiento”. El punto de angustia queda en este caso elidido, y el que termina angustiándose (podemos conjeturar nosotros) es el padre.

Ahora bien, ni los enunciados del Sr. K, ni los que podríamos adjudicarle a Dora, terminan de explicar el estatuto de aquella voz que migra durante el lapso de dos años desde la bofetada en el lago hasta el desmayo en la casa paterna. Por eso, en términos de la comunicación analítica, no alcanza con la rectificación que podría implicar a Dora en la parte que le toca en calidad de “cómplice”. Lo era desde mucho tiempo antes y sin lugar a dudas es la primera voz del Otro que la transferencia consigue establecer a partir de la réplica que Freud produce en el diálogo: “¿Cómo designas tú el lugar que te toca en esta realidad sufriente de la que te quejas?”

Pero aquí lo decisivo es lo que de aquella voz se había desoído en el tiempo anterior al análisis, y que aun antes del desmayo se muestra en el “acting” que constituye la amenaza de suicidio. Es la voz del síntoma, aquella que podría articular el sujeto de los significantes. De allí el segundo aspecto de aquella rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, y es esto lo que nuestro recorrido pretende destacar: la apertura al trabajo propiamente analítico depende de este segundo aspecto de la rectificación subjetiva.

b- Tiempo 2: El síntoma analizable (de la voz del pensamiento a la voz del texto)

Como decíamos anteriormente, la primera intervención de Freud permite rectificar las relaciones del sujeto con la realidad que éste denuncia, convirtiendo a Dora

en “cómplice” de la empresa de su padre. “Cómplice” es el nombre del segundo desarrollo de verdad, luego de la primera inversión en el diálogo del análisis. Dora abandona su posición de inocencia al quedar implicada en calidad de partícipe indirecto del delito de infidelidad.

Pero lo que no se advierte aún, es el *usufructo* que Dora podría obtener por semejante delito, y por eso la maniobra rectificativa corre el riesgo de quedar perdida en las idas y vueltas de la conversación. Todavía no se ha cruzado el umbral del análisis a partir del cual se torna imposible volver atrás. Por momentos es Freud quien corre el riesgo de quedar aturdido por la insistencia de sus propios pensamientos. Dice Freud: “No me resulta fácil guiar la atención de mi paciente hacia su trato con el Sr. K”.

Lo que es innegable es que la intervención produce un efecto terapéutico por el quite de investidura que opera. Esto parece suceder en la medida en que ahora el eco alucinatorio se reparte, fruto del diálogo, entre las personas de Dora y Freud, ubicando la instancia tercera de un referente ausente: el deseo abusivo del padre. Dora ya no habla *con* él sino *de* él. Pero lo que aún no se logra es hacer migrar la voz hacia otro registro. Lo único que sale a la luz en este primer movimiento es el mecanismo de proyección por el cual un reproche hacia el otro encubre un auto reproche, es decir: el mecanismo de la proyección, típico de la paranoia y de la relación especular que mantienen los niños con sus semejantes.

En cambio la segunda intervención hace surgir una verdad de otro orden. Ya no se trata de implicar a Dora en el delito sino de hacerle notar el modo en que estaba ya demasiado implicada en otro asunto, el de sus síntomas, lo suficiente como para no poder advertirlos como tales, es decir, como elementos ajenos y extraños a su propia persona. Lo que comenzará a quedar al descubierto ahora es el *uso* de los *síntomas*, que toman como referencia cardinal el deseo del padre.

Pongamos aquí toda la atención y destaquemos lo siguiente. Esto no se logra por la insistencia de Freud en que Dora hable del Sr. K, ni por las interpretaciones provistas de lógica pero inservibles que lo proponían como objeto de sus fantasías. “Cuando le formulé esta conclusión —dice Freud, refiriéndose al amor que Dora sentiría por el Sr. K— no tuvo aceptación alguna de su parte”. Tampoco se logra por insistir en la conversación que toma por objeto las oscuras intenciones del padre, aún cuando fuese ese el terreno del diálogo a partir del cual poder intervenir. Sucede, estrictamente hablando, por haber sabido esperar Freud, en silencio, la ocasión para alzar la voz del decir interpretativo. Dicho de otro modo: por haber logrado instrumentar una modalidad

de la voz compatible con el deseo del analista. El ritmo del diálogo demuestra ser aquí el adecuado: en primer término, la espera de un silencio abstinente que aguarda la intervención del síntoma en la conversación; y en segundo término, la interrogación alusiva que eleva la palabra del analista al nivel de la interpretación¹⁸.

Veamos cómo lo expresa el propio Freud en el historial: “Cierta día se quejó de un supuesto nuevo síntoma, unos lacerantes dolores de estómago, y yo di en lo justo preguntándole <<¿a quién imita usted con eso?>>”. Nótese que esta intervención ya no toma en consideración la queja hacia el padre, sino aquella otra que Dora dirige a sus propios dolores, y por eso produce un eco distinto al del síndrome de persecución. Representa el punto preciso en que la voz del sufriente migra hacia el espacio transferencial del análisis, aquella misma voz que el acting ponía en escena sin lograr articular un sujeto del diálogo. A partir de allí, como suele decir Freud, el síntoma comienza a intervenir en la conversación y la comunicación del análisis va adquiriendo claramente la tonalidad de la asociación libre.

A Freud le corresponde ahora el lugar desde el cual puede señalar la significación que adquieren los síntomas de las mujeres y el modo en que hacen *uso* de ellos. Aparece allí el asunto o sujeto del diálogo histórico: significación de “envidia” en el caso de la prima (con quien Dora se identificaría) y significación de “rechazo del hombre” en el caso de la Sra. K (a quien Dora tomaría como rival).

Al mismo tiempo, a Dora le queda ofrecido un sitio para poder calibrar la voz y acomodarla a la asociación libre. Y exactamente desde ese lugar es que se oye venir la réplica del diálogo. Así lo dice Freud: “Una observación de Dora acerca de su propia alternancia entre enfermedad y salud cuando era niña se insertó en este lugar”. La comunicación empieza a mostrar sus puntos de quiebre y sus interferencias, dando lugar a una palabra de otro orden que ya no es la denuncia ni la “auto” implicación. Encontramos aquí una ocurrencia genuina, una asociación aparentemente libre que demostrará no serlo del todo. Dora no sabe bien lo que dice, o al menos el por qué dice lo que dice. Y es en este punto donde Freud advierte la intervención, en el marco de la comunicación propiamente analítica, de un mecanismo distinto de la proyección que se expresa a través de una relación de “contigüidad” entre ocurrencias disímiles. Según nuestra perspectiva, la puesta en función de este aspecto de los mecanismos

¹⁸ Lacan, J (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos 2*, Editorial Siglo XXI, p. 621.

inconscientes es lo que da inicio al proceso de escritura que tiene lugar en la cura analítica.

Para decirlo de otro modo: la voz del sufriente, en la medida en que es alojada en el espacio vacío producido por la manifestación del deseo del analista, comienza literalmente a “escribirse” en el texto del análisis. En este caso Freud lo dice así: “una conexión interna, pero todavía oculta, se da a conocer por la *contigüidad*, por la vecindad temporal de las ocurrencias, exactamente como en la escritura una *a* y una *b* puestas una al lado de la otra significan que ha querido formarse con ellas la sílaba *ab*”. Sigamos entonces a Freud y traduzcamos: *a*= *la aparición y desaparición de los dolores de la Sra. K se mueve al ritmo de la presencia de su marido*; *b*= *recuerdo que siendo niña mis dolores aparecían y desaparecían*. Y el elemento siguiente, surge de la referencia al síntoma que había demostrado ser el más estable e insistente en las consultas previas de Dora a los médicos. Freud lo dice así: “Dora había presentado gran cantidad de ataques de tos con afonía; ¿la ausencia o la presencia del amado habrá ejercido una influencia sobre la venida y la desaparición de estas manifestaciones patológicas?”

Es con esta hipótesis que Freud intenta seguir la lógica de los silogismos de su analizante. Es así que vuelve a intervenir en el diálogo para finalmente establecer lo que sería el “*abc*” que le otorga texto al análisis: la *significación* y el *uso* que Dora hace del síntoma de los *ataques de tos con afonía*. La duración del ataque, coincidente con las ausencias del Sr. K, confirma la presencia de una significación de la voz alojada en el síntoma. Freud parece haber dado en el blanco del síntoma analizable, acentuando mucho más el polo de la “afonía” que el de los “ataques de tos”. Aunque no podemos dejar de señalar que se apresura en querer atribuirle el viejo y obsoleto sentido de la “demostración de amor hacia el Sr. K”, lo cual desvía un poco el trabajo de escritura del síntoma. Veamos cómo podemos entender las razones de este desvío.

Reparemos en la respuesta que Dora da a Freud acerca del supuesto sentido del síntoma, aquel que pretendía explicar su aparición por referencia a las ausencias del Sr K. La réplica de Dora es mucho más asociativa que explicativa: “<<la escritura (le) fluía siempre con particular facilidad de la mano>>”, dice la paciente refiriéndose a los períodos de su afonía. De allí que Dora optara por escribir en lugar de hablar. Y la reflexión que produce el desvío de Freud es la siguiente: “El hecho de que uno entable correspondencia con el ausente, con quien no puede hablar, no es menos natural que el de tratar de hacerse entender por escrito cuando uno ha perdido la voz”. Freud se da esta

explicación por referencia a otra serie de casos donde la escritura toma el lugar del habla. Pero lo que no queda aclarado es en qué sentido se ha “perdido la voz”.

Encontramos aquí el nudo de lo que está en juego. La pregunta es: ¿qué estatuto adquieren la palabra, la voz y la escritura en el espacio de la comunicación analítica? En el argumento de Freud, el habla y la escritura son equivalentes, la primera incluye la voz y la segunda la excluye, pudiendo una reemplazar a la otra. Si seguimos esta línea argumentativa, la voz queda reducida a la sonoridad y la comunicación a un proceso de traspaso de información. En cambio, si nos atenemos al lazo del síntoma con el inconsciente, no parece acertado reducir la afonía a la ausencia de sonido y a la pérdida de la voz. Por el contrario, la experiencia muestra que la ausencia de sonoridad le otorga más peso a la voz, mayor incidencia pulsional, en la medida en que su consistencia depende de las relaciones del cuerpo erógeno con las propiedades de la cadena significativa que el sujeto encuentra en el discurso del Otro. Es más bien la ruptura de la cadena la que, tal como muestra la alucinación verbal en la psicosis, produce una sonorización extraña.

En el caso que nos ocupa, habría que postular que la voz del síntoma comienza a ser articulada en forma de texto por el hecho de haber sido colocada en el lugar del Otro. Ese es el principio del desciframiento, que no implica sólo una operación de lectura sino también de escritura. ¿Escritura de qué? Del saber inconsciente que responde a la pregunta por la relación sexual, cosa que el caso Dora ilustra con mucho detalle, en especial a través de los sueños.

No vamos a extendernos en esta dirección, porque lo que nos interesa es resaltar el punto de empalme entre los preliminares del tratamiento y el comienzo del análisis propiamente dicho. Solamente mencionaremos, antes de pasar al último punto, las coordenadas significantes que en este caso hacen del Otro el sitio donde aquella voz se articula y se despliega como texto en el análisis.

El primero de esos significantes es *la-comedia-del-suicidio*. Surge de las acusaciones de Dora hacia su padre relativas al *uso* que éste hacía de sus *síntomas*. Pero al mismo tiempo se aplica a la voz disimulada por el acting que precedió a la consulta con Freud (el *cuento del suicidio*), denunciando el mismo *uso* del *síntoma* por parte de Dora. La referencia primordial es entonces a los síntomas y a las enfermedades del padre. En definitiva, este primer significante surgido de la rectificación de las relaciones con lo real, representa un sujeto, el del análisis, sin que esto coincida ni con la persona

del padre ni con la persona de Dora. Los “cómplices” y “culpables” quedan fuera de juego en lo que tiene que ver con la localización significativa del sujeto en el síntoma.

El segundo de los significantes surge de las mismas acusaciones hacia el padre, pero ya tiene una relación directa con el síntoma que las acompañaba: los ataques de tos. Las circunstancias de su escritura tienen que ver con lo que podríamos considerar un “desliz” en las asociaciones de Dora referidas a la potencia del deseo del padre, y representa la apertura del síntoma hacia la significación sexual y el goce oral de las fantasías. Freud no nos aporta la clave técnica de aquello que escuchó, pero da a entender que se trata de algo del orden de la entonación. En cualquier caso, hay que ponerlo a cuenta de un efecto de escanciación. Mas precisamente, entonación del significante *acaudalado* o *afortunado*, y de la inflexión de la expresión alemana <<ein vermogender Mann>> hacia <<ein unvermogender Mann>>. Queda allí situada en la escritura del texto, por obra de una intervención poco ruidosa pero efectiva, la referencia primordial al deseo del padre y a su impotencia sexual.

Finalmente, señalemos el que tal vez sea el significante a partir del cual el síntoma de los “ataques de tos” se abre hacia los múltiples significados que conectan la satisfacción oral con el goce propiamente sexual. Se trata del significante *catarro*, sobre determinado, surgido en el análisis luego de que el primer sueño aportara texto para el desciframiento. El segundo sueño, surgido puramente del diálogo del análisis, aportará el resto del texto de la denominada por Freud “geografía sexual”, una suerte de figuración en clave jeroglífica de la relación sexual imposible de escribir.

No vamos a cartografiar el recorrido completo de aquella escritura de la relación sexual porque no es el objeto de nuestro trabajo. Simplemente señalemos que lo que se constituye como síntoma e instrumento principal del análisis puede dividirse en dos componentes: por un lado, los “ataques de tos”; y por otro, la “afonía”. Y que, en sí mismo, ni el significante *Catarro* (significante principal de los *ataques de tos*) ni los que se escribirán después, logran terminar de dar sentido a la pregunta por el ser de la mujer. Es más bien la voz del texto lo que habrá que asumir para resolver el problema de la imposible escritura de la relación/proporción entre los sexos. Y en esto el síntoma de la afonía tiene una significación central.

Pasemos entonces a delimitar las coordenadas migratorias que dieron origen a estos síntomas.

c- Tiempo 0: El síntoma histérico (de la voz del cuerpo a la voz del pensamiento)

Esta primera fase recortada del relato del análisis se extiende de los 12 a los 16 años aproximadamente, y los acontecimientos que la escanden son: en el inicio la aparición de los “ataques” de tos y afonía, y en el final la bofetada propinada por Dora al Sr. K. Es el tiempo de la voz fuera de transferencia, al menos fuera del marco del diálogo propiamente analítico. No obstante, es un tiempo reconstruido al cual sólo se accede verdaderamente (es decir, se alcanza su valor de “verdad”) por la vía de la historización en transferencia.

Lo primero que el análisis permite revelar, es que esta fase que antecede a la consulta se caracteriza por un determinado uso que Dora hace de sus síntomas. “Cuando entró en tratamiento conmigo, a los dieciocho años, tosía *de nuevo* de manera característica”, dice Freud. Es que la tos, e incluso la afonía, ya estaban presentes en la primera consulta a Freud, realizada con dos años de anterioridad (a los 16), poco tiempo antes que Dora oyera las “palabras fatídicas” del Sr. K en el lago. Sólo que en aquella oportunidad Freud no hizo más que recetar una cura psíquica de la que Dora prescindió rápidamente porque ese ataque (cuya duración se había extendido más de lo habitual) desapareció de manera espontánea. Dicho de otra manera: se logró un efecto terapéutico sin que la voz haya sido enlazada a la transferencia. Mientras que en esta segunda consulta, “el síntoma más molesto” según la apreciación de la propia paciente, se presentaba durante la primera mitad del ataque y consistía en una “afonía total”.

Ahora bien, ¿cuál es el punto de arranque de los síntomas de Dora, y particularmente de estos ataques de tos y afonía? La respuesta indica claramente la participación de las enfermedades del padre, más aquello que podríamos llamar las sucesivas “migraciones” de una familia que se desplazaba de un sitio a otro al ritmo de los síntomas de la “persona dominante”: el padre.

Esos desplazamientos comienzan a los 6 años de la paciente, cuando el padre enferma de tuberculosis, y a partir de allí las manifestaciones sintomáticas de Dora marchan al ritmo de la batuta de las enfermedades del padre. Las coincidencias son muy notorias, basta simplemente con prestar atención a las cifras que surgen del trabajo de historización. No obstante, los ataques de *tos nerviosa* no se presentan sino a partir del momento en que el padre (acompañado por el Sr. K) consulta a Freud a raíz de sus propios “ataques” cuando Dora tenía 12 años. El significante que designa la enfermedad

del padre es el mismo que el de su hija, solo que en este caso se trataba de un “ataque de confusión”. De este modo, el *ataque* se presenta primero ligado a las enfermedades del paternas, es un nombre de “ellas”, un nombre del padre.

Pero lo que nos interesar subrayar no es el historial completo de aquellos movimientos migratorios, sino el modo en que en el análisis surge la clave para entender su origen y su significación. El punto de calce es el deseo sexual del padre y, tras él, la significación de la relación entre los sexos. En eso estaban analizante y analista en el momento en que aparece el primero de los dos sueños. Es Dora quien pregunta a Freud por qué razón había enfermado, y antes que éste responda es la paciente quien adjudica la motivación al padre. Freud lo dice así: “Para mi sorpresa, la muchacha conocía de qué clase había sido la enfermedad del padre”. Y luego agrega: “Después que este regresó de mi consultorio, había espiado con las orejas una conversación donde se mencionó el nombre de la enfermedad”. Allí aparecieron los *ataques* de tos y afonía, en el punto en el que queda interrogada la causa del *ataque* de confusión del padre.

No obstante, siguiendo a Freud, para poder localizar la significación enigmática de la enfermedad hay que poder ubicar los dos tiempos del trauma. De manera semejante a lo que ocurre con el “Hombre de las ratas”, no son los dichos que Dora oye de su padre los que provocan de manera directa y lineal los ataques de tos y afonía, sino el modo en que quedan significados a partir de los dichos alusivos de una de sus tías dos años antes de que se presenten los ataques de padre-hija. En el historial lo encontramos dicho de este modo: “la curiosa y alertada muchacha —dice Freud refiriéndose al desprendimiento de retina sufrido por el padre a lo 10 años de Dora— oyó esa vez decir a su tía: <<estaba enfermo ya antes de casarse>>, y agregó algo incomprensible para ella, que más tarde interpretó entre sí como referido a una cosa indecente”. De allí surge toda la línea del “contagio” de las enfermedades del padre hacia sus familiares que hace surgir la referencia a los *catarros*: el que oficia de “grano de arena” para el caso de la tos y el que lleva a la investigación del goce sexual, el catarro genital.

En síntesis, es una interpretación de los dichos del Otro (la tía en este caso) la que le permite a Dora conectar la referencia a la enfermedad del padre con la referencia al deseo sexual del padre. A partir de allí el goce del síntoma se abre, se amplifica y se articula en el lugar del Otro. Y como consecuencia de los sucesivos encuentros con el deseo del Otro, la significación de rechazo del goce sexual se expresa a través de una corriente migratoria del síntoma que recorre casi por completo el cuerpo de Dora,

produciendo ese eco pulsional al que nos hemos referido: de los genitales al pecho (en la escena del beso), de los oídos a la garganta (en la escena fantaseada), de allí hacia el estómago (en el laberinto de las identificaciones), luego afecta el rostro con una neuralgia facial (en la escena transferencial) y finalmente llega a los oídos en el Síndrome de *Meniere* (con su segundo analista). Pulsiones distintas y objetos diferentes, pero siempre un mismo e insistente decir de la neurosis que el analista no debe desoír.

A modo de conclusión

Tras el recorrido realizado puede advertirse que la tesis freudiana del masoquismo erógeno como principal sustento pulsional encuentra en el cuerpo afectado de la histérica su cabal demostración. Pero también es cierto que su lectura se facilita gracias a lo que Lacan consideró su “único invento”, el objeto *a*. Tal como el propio Lacan ha dicho, se reconocen más fácilmente en Freud las fuentes de la pulsión oral y de la pulsión anal, objetos alrededor de los cuales se organizan los significantes de la demanda. Incluso, por momentos, con Freud se llega cerca de la fuente escópica de la fuerza pulsional, aquella que liga las demandas a la causa del deseo.

Pero donde la invención lacaniana aporta los elementos más novedosos es en otro nivel, tal vez el más oculto de todos. Las migraciones de la voz en la sintomatología corporal de Dora dan cuenta de la variabilidad de los objetos en juego, pero siempre sobre un fondo de invocación cuyo soporte causal es el objeto *voz*, cuyo soporte material es la cadena signifiante, y cuya eficacia primera y última es el decir que se olvida tras el conjunto de los dichos de la neurosis.

Como lo prueba el Historial, para la histérica la pregunta subyacente concierne al enigma de la feminidad: ¿qué es ser una mujer? Sobre este asunto gira la conversación y el diálogo del análisis, siempre y cuando el analista pueda alojar la “voz del sufriente”. Tal como Dora, la histérica solamente podrá asumir su modo singular de responder a la pregunta si asume aquella voz del síntoma que la hace existir. Esta voz que el análisis intenta poner en acto, principio del masoquismo erógeno y de la distribución de los goces fantasmáticos, no pertenece ni al sujeto ni al otro, sino al resultado de la dialéctica entre ambos. Es un hecho de discurso y como tal se atrapa en la medida en que su decir deje de quedar olvidado. Será entonces cuestión de ahuecarla

para asumirla y ponerla en causa. Así podrá migrar de la condición de goce a la causa del deseo.