

Voz, síntoma y transferencia: una relectura del caso Anna O.

Voice, symptom and transference: a rereading of the Anna O. case

Israel Alberto Enríquez Bolaños

Laboratoire d'Anthropologie et Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales (LAPCOS)
Université Côte d'Azur, Francia

Resumen

El Caso Anna O presentado por Josef Breuer en los *Estudios sobre la histeria* (texto publicado en conjunto con S. Freud en 1895), es quizá el caso más célebre en la historia del psicoanálisis, de igual modo, es probable que una de las líneas más comentadas, criticadas y mitificadas sobre él haya sido hasta ahora la del manejo de la transferencia por parte de Breuer. Este artículo plantea una revisión y reflexión del caso en torno a la relación entre síntoma y transferencia a partir del objeto voz, objeto pulsional que fuera identificado y abordado por Jacques Lacan en distintos momentos de su enseñanza. Es así como se plantea que la problemática de la voz como objeto ligado a la pulsión invocante, habría sido determinante en Anna O tanto a nivel transferencial como a nivel sintomático, especialmente en la *tussis nervosa*, la conciencia moral y los problemas del lenguaje que presentó la paciente. De este modo, se pretende aportar a la reflexión teórica y clínica elementos poco trabajados del caso, que permitan replantear su pertinencia y actualidad como historial clínico de estudio en la teoría psicoanalítica contemporánea.

Palabras clave: Anna O, objeto voz, síntoma, transferencia, pulsión invocante

Abstract

The Anna O case presented by Josef Breuer in *Studies on hysteria* (text published in conjunction with S. Freud in 1895), is perhaps the most famous case in the history of psychoanalysis. In the same way, it is likely than one of the most commented, criticized, and mythologized

Israel Alberto Enríquez Bolaños es Licenciado en Psicología por la Universidad de Londres, México. Maestro en Psicoanálisis y Campo Social, especialidad en Clínica del Cuerpo y Cultura por la Université Paris Diderot- Paris VII, Francia. Maestro en Saberes en Subjetividad y Violencia por el Colegio de Saberes, México. Doctorando en Psicología. Adscrito al Laboratoire d'Anthropologie & de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales LAPCOS de la Escuela Doctoral Sociétés, Humanités, Arts et Letres SHAL – Université Côte d'Azur, Francia.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor a psicalbertoenriquez@hotmail.com

lines on it has so far been that, of the handling of the transfer by Breuer. This article proposes a review and reflection of the case concerning the relationship between symptom and transference from the object voice, a pulsional object that was identified and addressed by Jacques Lacan at different times in his teaching. It is thus proposed that the problem of the voice, as an object linked to the invocative drive, would have been decisive in Anna O both at the transferential and symptomatic level, especially in the nervosa tussis, moral conscience and language problems presented by her patient. In this way, it is intended to contribute to the theoretical and clinical reflection of the case, which allows us to rethink its relevance and timeliness as a historical clinical study in contemporary psychoanalytic theory.

Keywords: Anna O, object voice, symptom, transfer, invocative drive

Es posible que el grito sea la primera manifestación de vida que da un ser humano cuando llega a este mundo, que no es ni siquiera un llamado, sino más bien una reacción a la tensión producida por el nacimiento. De la misma forma, tal vez en la mayoría de los casos, la madre, antes incluso de ver a su recién nacido, lo escucha gritar. De este modo, se entreteje en el origen del ser humano una profunda relación entre la voz en su forma más desnuda y el sentido que el otro materno le asigna a través de las palabras, los gestos e incluso del canto. Podemos decir que el sujeto nace del pasaje realizado que va de la voz a la palabra.

Comencemos por señalar que la voz como objeto de estudio en el psicoanálisis, no fue en realidad tomada en cuenta de forma directa por Sigmund Freud, aunque también es cierto que podemos acercarnos a releer y reinterpretar sus textos rastreando sus ecos evanescentes. Para que este objeto comenzara a ganar relevancia de forma más clara en la esfera de los psicoanalistas, fue necesario esperar los estudios de Lacan sobre las alucinaciones psicóticas. A partir de ahí, como bien precisa Vivès (2013), “Lacan extraerá muy rápidamente el objeto voz de esta particularidad psicopatológica para incluirlo en la dinámica propia de devenir sujeto” (p. 40). De este modo el psicoanalista francés integró *la voz*, así como *la mirada* a la lista de objetos pulsionales delimitados con antelación por Freud: el objeto oral (pecho) y anal (heces) respectivamente. Estos cuatro objetos son comprendidos como parciales, y a su vez se puede decir que son los “representantes” del *objeto a*, el objeto de deseo del sujeto, noción introducida por Lacan en su seminario sobre *La transferencia* (Lacan, 2003) dictado entre 1960-1961. Dicho *objeto a* recordemos no es representable, e incluso es pensado como un resto de lo no simbolizable, de ahí que en estos cuatro objetos delimitados podamos tener un posible acercamiento a una representación (parcial) de ese *objeto a*. A lo anterior cabe añadir que cada objeto pulsional lleva ese nombre dado que se le supone una ligadura a una pulsión particular, es así como, el objeto voz estará ligado a la pulsión invocante.

Tal como venimos exponiendo, la voz se encuentra desde el origen del sujeto y es un componente crucial en su relación con el Otro, es decir, en su relación con el orden simbólico, con el “lugar del tesoro del significante” (Lacan, 2009, p. 766), y por ende, con el “lugar en el cual se constituye el sujeto” (Sauret, 2018, p. 165). De ahí que:

la voz es *a la vez* lo que llama al sujeto a advenir, lo que está perdido a partir que éste acepta entrar en el lenguaje, y el objeto que el sujeto intentará aproximarse - si no encontrar- a través de los dispositivos que la convocan. (Vivès, 2012, p.17)

Esto es, el sujeto en su devenir en su relación con el Otro requiere perder *algo* de la voz primordial, para poder así tener una voz propia, sin embargo, hay que destacar que no todo se pierde, lo que significa que queda un *resto* de la voz. Tendremos entonces, por un lado, una voz delimitada por la ley del significante, donde se encontrará la palabra y, por otro lado, el *resto* de la voz que no pudo ser simbolizado, es decir, será una voz *fuera-de-los-límites*, más allá de la ley. Cabe añadir que ese resto tendrá el potencial de retornar a veces a través de dispositivos propios de cada cultura, probablemente una de las vías más enriquecedoras e interesantes por las que el sujeto busca voluntariamente el retorno de esa voz, o al menos su aproximación, es en opinión de Vivès (2012) el dispositivo artístico de la ópera. Otras más, retorna fuera del control del sujeto, como es el caso de ciertos síntomas neuróticos o de las alucinaciones auditivas experimentadas en la psicosis y en distintos estados psicopatológicos.

A lo anterior debemos añadir que es necesario tomar en cuenta que la voz, como cualquier objeto pulsional, también se vinculará con el goce, en la medida que a través de ella pueden sobrepasarse los límites establecidos por la ley del Otro al principio del placer. Detengámonos un poco aquí. Como es conocido y está claramente enmarcado por Marcel Ritter (2009), el término “gocce” fue configurándose y adquiriendo distintos matices en el transcurso de la enseñanza de Lacan, principalmente en el periodo de 1957 a 1976, por lo cual, no es sencillo brindar o encontrar una definición unívoca de este concepto.

De ahí la necesidad de indicar en qué sentido estamos utilizando esta noción en la presente reflexión. Guiémonos por la concepción inaugural que establece Lacan del goce, este “debe considerarse como una noción opuesta a la de deseo” (Ritter, 2009, p. 15), es decir, el deseo está marcado por el orden simbólico de la ley, el cual produce la castración y la falta en el sujeto, en cambio, como lo señalan Roudinesco y Plon (2008), el goce “implica la idea de una transgresión de la ley” (p. 414). Además, el goce está íntimamente vinculado con la repetición y con ese *más allá del principio del placer* que intuyó y bosquejó Freud, por ende, la característica principal de este “reside en el intento permanente de exceder los límites del principio del placer” (2008, p. 415). De ahí que la voz como objeto pulsional pueda ser un objeto de goce o que nos acerque al goce. Como se puede observar, la voz nos va revelando toda su importancia en la teoría y clínica psicoanalítica.

Planteado lo anterior, con el objetivo de indagar y mostrar el anudamiento entre los tres elementos de análisis referidos: la voz, el síntoma y la transferencia, este escrito propone una relectura al historial clínico de Anna O, quizás el caso más célebre, comentado y mitificado de la historia del psicoanálisis. En un tiempo en el que la histeria como entidad clínica ha sido difuminada hasta ser borrada de los manuales clínicos de psiquiatría y psicopatología, cabe preguntarnos ¿qué puede aportar a la clínica y a la teoría de nuestros días un caso diagnosticado de histeria y que hoy tiene 141 años? A nuestro juicio, el valor de un texto no radica por completo en lo escrito, tampoco en su temporalidad o en si acaso “ha sido superado” por otros textos o conocimientos. Por el contrario, una gran parte de su valor está dado por quien lo lee, pues es desde la singularidad de esa mirada que un texto se mantiene vivo y en diálogo con el presente.

Así pues, apostamos a probar con nuestra aproximación el valor clínico y teórico que sigue poseyendo el caso de Anna O para el psicoanálisis contemporáneo, aun por encima de toda la controversia erigida a su alrededor.

Un boceto de Anna O, un retorno a la histeria

Como se ha escrito ampliamente, Anna O fue una joven paciente de 21 años tratada entre 1880 y 1882 por uno de los médicos más reputados de la Viena victoriana, el doctor Josef Breuer. No obstante, el historial clínico tal cual lo conocemos ahora no fue escrito por Breuer sino hasta 1895 para ser publicado como parte de los célebres *Estudios sobre la histeria*, texto compilado en conjunto con un joven y talentoso neurólogo de apellido Freud, quien a la postre se convertiría en el fundador del psicoanálisis.

Por su parte, esta joven mujer de origen judío perteneciente a la alta burguesía vienesa pasó a la historia como la inventora de la *talking-cure* (la cura por la palabra), y quizá como la paciente más representativa del saber del inconsciente. Así es como cualquiera que lea su historia clínica encontrará, por una parte, la descripción de los graves síntomas de una condensación y diversidad casi "barroca" y, por otra, ubicará la técnica y el tratamiento reportados por Breuer hasta la presunta cura, la cual ha sido duramente criticada. En el historial se observa que Bertha Pappenheim –nombre real de Anna O– es descrita como una joven poseedora de una inteligencia excepcional y crítica, lo que la hacía por completo insugestionable. De igual modo, el médico menciona que la paciente al expresar alegría y duelo “mostraba siempre una ligera tendencia a la *desmesura*” (la cursiva es nuestra) (Breuer, 1895/1976, p. 47), particularidad que tendría sus efectos no solo para el diagnóstico de histeria sino también en la transferencia clínica, como observaremos más adelante.

A continuación, leemos que en julio de 1880 el padre de Bertha Pappenheim cayó en cama enfermo por un absceso de peripleuritis. Desde ese momento Anna O se dedicó con ahínco al cuidado de su padre, tiempo que Breuer ubica como la fase de *incubación latente* del padecimiento, enmarcándola esta entre mediados de julio y el 10 de diciembre de 1880. Todas esas largas jornadas en vela junto al lecho de su padre terminaron por menguar la salud de la joven Anna, pero al mismo tiempo, como nos recuerda Bourgeon (2008), esas interminables vigiliass favorecieron la emergencia de largos ensueños a los cuales la joven llamaría su “teatro privado”. En efecto, este “teatro privado” se entiende si se toma en cuenta que “la percepción de lo real de las personas histéricas está infiltrada de representaciones imaginarias. Esta manera de separarse de la realidad en beneficio de los fantasmas puede conducirlos a perderse en ensoñaciones novelescas” (Kapsambelis, 2016, p. 280). Como un barco navegando entre las olas de ensueños y vigiliass, la joven Bertha se fue adentrando cada vez más en la debilidad física al grado de presentar anemia y asco a los alimentos.

Como consecuencia de lo anterior, la familia decidió entonces apartarla del cuidado del padre, esto a su vez provocó secuelas en la joven: estados de adormecimiento seguidos de una intensa inquietud, así como una fuerte *tussis nervosa*. Fue en ese punto donde Breuer hizo su entrada en escena en noviembre de 1880, le realizó un primer examen médico que descartó una tuberculosis, pero arrojó como característica principal la existencia de “dos estados de conciencia enteramente separados” (Breuer, 1895/1976,

p. 49) . El médico narra que esos dos estados se alternaban, y con el avance del padecimiento se fueron divorciando cada vez más uno del otro, al mismo tiempo que los síntomas y signos del cuadro clínico se fueron agudizando y condensando.

La *tussis nervosa*: síntoma y autocastigo

Es muy probable que la *tussis nervosa* sea uno de los síntomas más representativos del caso y, como buen síntoma, se dio en condiciones particulares que gracias a las anotaciones de Breuer hoy podemos rescatar. La escena se cuenta así: Anna, que se hallaba en una habitación cuidando a su padre enfermo de peripleuritis (inflamación de los tejidos pulmonares) a causa de una tuberculosis, de pronto, desde la casa vecina, escuchó llegar los acordes y compases de una músicaailable que despertó en ella el deseo de estar en aquel otro lugar del que emanaba la dichosa melodía. Bastó ese fugaz pero fuerte deseo para que se generaran en la conciencia de Anna una serie de autorreproches, a los que le siguió la aparición de la enérgica *tussis nervosa*, que “desde entonces, y por el tiempo que duró su enfermedad [aparecía] frente a cualquier música de ritmo marcado” (Breuer, 1895/1976, p. 63). Vale decirlo, síntoma peculiar en una ciudad como Viena, que era considerada La Meca de la música desde el siglo XVIII gracias a la corte de los Habsburgo que convocó a genios como Mozart, Beethoven y Haydn. Dicha tradición se mantuvo en manos de la burguesía, dando pie a que a los vieneses escucharan en sus teatros a otros grandes músicos entre los que se destacaron Paganini, Berlioz, Liszt, Strauss y Gustav Mahler. Como se sabe, este último gran compositor y director tuvo su papel en la historia del psicoanálisis. Por un lado, Mahler fue paciente de Freud, por otro, tuvo un profundo vínculo personal con Max Graf, musicólogo y crítico de música, que además de ser muy cercano a Freud y a sus ideas, fue también el padre de Herbert Graf. Tenemos el cuadro completo, Herbert fue ese pequeño que pasó a la historia como *El Pequeño Hans*, el primer caso de un psicoanálisis infantil. Aquel niño con fobia a los caballos, a quien incluso Lacan ubicó en una “determinada posición pasivizada” (Lacan, 1994, p. 418), fue todo menos “pasivo”. Por el contrario, Herbert Graf brilló con su propio genio y con su propia voz –en el sentido literal del término– pues, como lo indica Escobar Sotomayor (2017), desde los dos años Herbert cantaba, e incluso llegó a debutar como cantante de ópera en 1925. Reencontramos nuestro hilo conductor en este paréntesis: la voz, que en su forma de canto “tienta a aproximar eso que la palabra no pudo tomar” (Vivès, 2016, p.47), es decir, ese *resto* fuera de las leyes del significante. Vemos que la voz parece haber jugado un papel importante en la vida de Herbert Graf, no obstante, subrayemos que al final él encontró su trascendencia no como cantante, sino nada más y nada menos que como el primer director de escena de ópera en la historia o, en palabras de Vivès (2016), como director de voces.

Curiosamente *la voz* de Herbert Graf nos permite regresar a nuestra senda: el historial clínico de Anna O. En él leemos que con precisión Breuer circunscribe los autorreproches y la tos a la *conciencia moral* de la paciente. Este elemento descubierto en la experiencia clínica fue revelador para Breuer, pero lo fue aún más para Freud con sus respectivos pacientes, de ahí que sea frecuente hallar varias e importantes menciones a la conciencia moral en textos muy tempranos, propios de la denominada “prehistoria” psicoanalítica. De igual forma, debido a su relevancia clínica y teórica, la conciencia moral directa e indirectamente la veremos aparecer en múltiples trabajos de polo a polo de la obra freudiana. Una muestra de lo dicho la leemos en *Lo Ominoso*, texto de 1919 donde Freud (1919/1976d) indica que en el Yo se constituye una instancia particular que

va a estar opuesta a este y que sirve “a la observación de sí y a la autocrítica, [además] desempeña el trabajo de la censura psíquica y se vuelve notoria para nuestra conciencia como ‘conciencia moral’” (1919/1976d, p. 235).

Aunado a lo anterior, es necesario subrayar que, aun cuando no sería sino hasta 1923 que Freud en su segunda tópica designó como tal al superyó, tenemos a nivel teórico y clínico en la *conciencia moral* “la expresión más primitiva del superyó” (Gerez-Ambertín, 1993, p. 17). Al respecto, el joven Freud ubicó muy temprano en su experiencia clínica que esta especie de magistrado internalizado que es la conciencia moral estaría emparentado de manera profunda con los impulsos hostiles del infante hacia los padres, y que dichos impulsos serían “de igual modo, un elemento integrante de las neurosis” (Freud, 1897/1976e, p.296). En efecto, leemos cómo la figura del padre se jugaba en el fondo del drama de Anna O, como si el deseo que lo afrentó debiera ser castigado. De este modo, es posible dar cuenta de cómo la conciencia moral muestra toda su fuerza vía los síntomas, especialmente en la tos como una suerte de castigo por lo que la joven había deseado. No obstante, se abre una pregunta ¿Cómo se enlaza la conciencia moral con el síntoma? Como lo hace notar Freud en el *Manuscrito N* –un breve texto aparecido dos años después de los *Estudios sobre la histeria*–, los impulsos hostiles hacia los padres afloran de distintas maneras, una de ellas será a través de “castigarse históricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados [de enfermedad] que ellos han tenido” (Freud, 1897/1976e, p.296). He aquí cómo Bertha Pappenheim contrajo no cualquier síntoma, sino el de una fuerte tos de origen nervioso ante un padre aquejado de peripleuritis, cosa curiosa, ¡un padecimiento pulmonar!

Además, dos años después del *Manuscrito N* en la *Carta 105* a W. Fliess fechada el 19 de febrero de 1899, Freud sostiene que, así como el sueño, el ataque histérico es un cumplimiento de deseo. Sin embargo, bajo esta tesis la particularidad del síntoma se inscribe en que es, por un lado, el cumplimiento de deseo del pensamiento reprimido y, por otro lado, “tiene que ser además otra cosa: el cumplimiento de deseo del pensamiento represor” (Freud, 1899/1976a, p. 320). Como se puede deducir, en esta explicación de la función del síntoma, este sirve a dos amos: a lo reprimido y a lo represor. Por ende, como afirma Freud “un síntoma se genera allí donde el pensamiento reprimido y el represor pueden conjugarse en un cumplimiento de deseo” (Freud, 1899/1976a, p. 320). En el caso de Anna O, por un lado, ella desea estar en la casa vecina de donde le llega la músicaailable (pensamiento reprimido) y, por otro lado, la conciencia moral le señala que ese deseo *está mal* pues su deber es cuidar a su padre enfermo (pensamiento represor). Dicho lo anterior, la tos – síntoma relacionado con el padecimiento pulmonar del padre–, le sobrevinía cada vez que escuchaba una música con ritmoailable. En definitiva todo parece cuadrar en tanto se comprenda que el “cumplimiento de deseo del pensamiento represor es el síntoma [...] como castigo, autopunición, la sustitución última de la satisfacción” (Freud, 1899/1976a, p. 321). Dicho de otra manera, en Anna O la tos como síntoma era una forma de castigo, pero era también una forma de *hacerse cargo del padre* llevando en ella el síntoma pulmonar de la tos, toda vez que este aparecía cuando escuchaba la música que despertaba el deseo de estar en otro lado bailando. Ahora bien, no desestimemos esta relación entre la música y la tos, ambas como formas de lo sonoro, pero en lo que respecta a la tos cabría ubicarla como una de las formas de la voz desligada del significante.

Entre toda esta problemática una voz parecía casi omnipresente en Anna O: la voz de la conciencia moral. Casi al final del texto, Breuer retoma el problema de los dobles estados de conciencia de Anna, y refiere que:

por divorciados que estuvieran ambos estados, no solo el estado segundo se introducía en el primero, sino que, como la paciente misma lo expresaba, en algún rincón de su cerebro tenía su asiento un observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos incluso de sus peores estados, o al menos lo hacía con frecuencia aun en estos. (Breuer, 1895/1976, p. 69)

¿Qué o quién era ese observador agudo? Evidentemente Breuer no lo nombra, sin embargo, releyéndolo ahora nos parece posible que fuera el superyó de Anna O. Tenemos claro que para 1882 todavía no había sido detectado en la clínica, ni conceptualizado en la teoría, pero nos es importante señalar cómo Breuer al parecer detectó “algo” de lo que ahora denominamos superyó que pudo estar muy presente en Anna O en una de sus formas: la conciencia moral. De este modo, en Anna O detectamos que “la tos como voz histérica confiesa su elección identificatoria, su lugar en la escena de su fantasía” (Colín, 2015, p. 146), probablemente comandada desde el superyó, vía la voz de la conciencia moral. Si bien la tos se muestra como una forma de autocastigo, los síntomas no pararían ahí, al contrario, el 11 de diciembre de 1880 Anna cayó en cama, entrando así en la fase de *contracción manifiesta de la enfermedad*, en la que en una muy rápida sucesión:

Una multitud de síntomas aparecen simultáneamente: trastornos oculares, parálisis, contracturas con zonas de anestesia cutánea... Anna habla una mezcla de cuatro a cinco idiomas y ofrece el cuadro clínico de una personalidad dividida, alternando aún más las fases a la vez conscientes y tristes y los períodos patológicos en los que la agitación y la descortesía toman el paso. Luego se producen dos semanas de silencio completo. (Bourgeon, 2008, p. 357)

Aquí estamos frente a uno de esos momentos medulares del padecimiento y del caso en sí mismo. Incluso si la cita anterior nos resume todo el cuadro sintomático de ese periodo, pedimos al lector no perder de vista los elementos relacionados con el lenguaje, ya que serán necesarios a continuación.

La dimensión vociferante

La voz, que es un elemento central de nuestra reflexión, ha comenzado a tomar forma en el caso de Anna O vía la *tussis nervosa*. No obstante, para destacar el valor que adjudicamos a este historial clínico, tomamos a préstamo la propuesta de Frédéric Vinot (2012), quien plantea la existencia de lo que él llama una *dimensión vociferante* en la transferencia de la paciente hacia Josef Breuer. Esta aproximación es interesante dado que se trata quizá de uno de los aspectos menos percibidos y trabajados del célebre historial clínico, toda vez que la mayor parte de las relecturas parecen concentrarse en los síntomas físicos o bien, en una crítica al manejo de la transferencia. Es cierto que no es posible dejar de lado estos aspectos, de ahí que estas páginas son un intento de articularlos y repensarlos, pero en esta ocasión a través de la voz como guía.

De entre la rápida aparición de síntomas, hemos sugerido al lector prestar atención a aquellos relacionados con el lenguaje que el médico reporta de forma clara del siguiente modo:

simultánea a la formación de las contracturas sobrevino una profunda desorganización funcional del lenguaje. Primero se observó que le faltaban palabras, y poco a poco esto cobró incremento. Luego su lenguaje perdió toda gramática, toda sintaxis, la conjugación íntegra del verbo; por último, lo construía todo mal. (Breuer, 1895/1976, p. 50)

¿Desde dónde comprender esta desorganización del lenguaje? Es aquí donde Vinot (2012) destaca, por un lado, la *vocifération* que aquí debemos comprender primero como *vociferación* no solo en el sentido de un tono de voz más alto de lo habitual, sino también acompañada del *insulto*. Por otro lado, nos “advierde también que muchos elementos que describen la sintomatología de la paciente resuenan extrañamente con la temática de la *sidération*” (Vinot, 2012, p. 117), que es posible traducir como *estupefacción* o *anonadamiento*. Tenemos dos polos donde está en juego la voz, y por donde transitó Anna O, pero quizá también Breuer según lo sugiere Vinot.

En Anna se presentó lo que Bourgeon (2008) denomina la *agitación y descortesía*, que se manifestaban en ese estado segundo de conciencia donde la paciente “se «portaba mal», vale decir *insultaba*, arrojaba almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura [y se quejaba] de que se volvía loca” (Breuer, 1895/1976, p. 49). En palabras de Vinot (2012) “esto comienza por una Anna que «vociferaba»” (p. 118), pero que rápidamente comenzó a exteriorizar las dificultades en la expresión del lenguaje. Fue así que Anna “se atascaba en mitad de lo que iba diciendo, repetía las últimas palabras y tras breve lapso retomaba el hilo” (Breuer, 1895/1976, p. 50). Este atascamiento al hablar empeoró, llegando al punto en que “le faltaron casi por completo las palabras, las rebuscaba trabajosamente entre cuatro o cinco lenguas y entonces apenas se le entendía” (Breuer, 1895/1976, p. 50). Finalmente, “durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno” (Breuer, 1895/1976, p. 50).

Tal como lo apunta Vinot (2012), hay una transición que va de una dimensión vociferante a otra donde impera la dificultad al hablar, y esto desemboca en un estado de mutismo. Ahora bien, cuando aludimos a la dimensión vociferante de Anna, ya no solo apuntamos al tono de voz alto y al insulto previamente señalados, sino de manera más específica a “la vertiente real de la pulsión invocante en juego en la transferencia, para distinguirla de su dimensión invocante” (Vinot, 2012, p. 121). En resumen, la pulsión invocante, esa que Lacan ubicaría en su seminario del 64 como “la más cercana a la experiencia del inconsciente” (Lacan, 1999, p. 111), tendría según Vinot dos dimensiones posibles: la dimensión vociferante y la dimensión invocante.

La pulsión invocante se presenta en un circuito, el cual “estaría centrado justamente alrededor del llamado: llamar, ser llamado(a), hacerse llamar” (Rafaust et al., 2019, p. 86). A juicio de Rafaust, Vinot y Vivès (2019) cabría suponer tres tiempos previos en la génesis de la pulsión invocante, los cuales están articulados y pensados a partir de lo descrito por Freud (1915/1976) en *Pulsiones y destinos de pulsión* en lo concerniente a la *pulsión de mirar*. De este modo, habría un primer tiempo de *ser escuchado*, un segundo de *escuchar*, y un tercero de *hacerse escuchar*.

En el *ser escuchado* tenemos el grito del infante (dimensión vociferante), que como bien afirma Vivès (2013) en un primer momento no tiene todavía la cualidad de ser un *llamado*, no hay invocación ahí dado que en ese tiempo es solo una tentativa de colocar

a distancia el dolor, es decir, de evacuar motrizmente las tensiones. En el *escuchar* tenemos la aparición del Otro que responde al grito dándole un sentido desde su deseo, el infante escucha una respuesta, llegado a este punto es posible indicar que “la voz desaparece detrás del sentido [que le da el Otro], es decir, la palabra vela la voz” (Vivès, 2012, p. 29). Así, “la respuesta del Otro, la respuesta que él reserva al grito *puro* transformándolo en grito *para*” (Rafaust et al., 2019, p. 88)¹. Por último, en el tercer tiempo de *hacerse escuchar* es cuando el sujeto buscará al Otro, aquí se distingue ya la aparición de la *pulsión* y del *sujeto* invocante, que “consiste en el hecho de ‘hacerse voz’ para contactar al Otro, y obtener de él que, en respuesta, dé voz” (Vivès, 2013, p. 42). Finalmente, punto cardinal es que el *sujeto invocante*, para serlo, debe “hacer la hipótesis de que hay un Otro no-sordo para escucharlo” (Jacob Albi y Vivès, 2016, p. 126), es decir, apuesta a que hay alguien ahí que pueda sostener su llamado.

Con lo trabajado hasta aquí podemos señalar que con la hipótesis de las dos vertientes de la pulsión invocante, se nos indica no solo que hay una diferencia entre ellas, sino también que en el fondo se trata de un pasaje en la constitución subjetiva que va del sujeto vociferante al sujeto invocante. Dicho en otras palabras, de un sujeto todavía no ligado a la ley del lenguaje, voz *pura*, a un sujeto anudado al lenguaje, atravesado por la ley del Otro, voz *para*. Este es un punto fundamental en lo que respecta a la transferencia clínica, y que intentaremos desarrollar a continuación.

Transferencia: entre la voz, el goce y la angustia

Como hemos dicho con anticipación, tal vez uno de los aspectos más trabajados, criticados y mitificados del caso Anna O ha sido el de la transferencia, o dicho de manera más específica, del manejo de la transferencia por parte de Josef Breuer, al grado en que el mismo Ernest Jones “lo presenta como un terapeuta asustado y estúpido, incapaz de comprender la cuestión de la sexualidad” (Roudinesco y Plon, 2008, p. 143). Nada más alejado de la realidad, Breuer fue uno de los grandes médicos de su generación, alumno directo del mismo Ernst von Brücke (quien también sería maestro de Freud), y heredero de toda una tradición positivista de la escuela alemana y vienesa. A nuestro juicio, Breuer fue un personaje en la vida de Freud quizás al mismo nivel que W. Fliess y que su maestro J-M. Charcot, puesto que Josef le brindó al joven Freud elementos fundamentales no solo en su vida personal, sino también de conocimientos que le permitirían sentar las bases del psicoanálisis. No olvidemos que Breuer en noviembre de 1882, meses después de haber terminado el tratamiento con Bertha Pappenheim, le contaría al novel Freud sobre el caso quedando impresionado éste último, al grado en que ya en París (1885-86) se lo relataría a Charcot, quien se dice, no prestó mucha atención al tema. Además, como se sabe, Freud se distanciaría de su mentor e incluso llegaría por momentos a desestimar su influencia personal y científica, no obstante, en una nota redactada tras la muerte de Breuer en 1925, el mismo Freud (1925/1976c) finalmente reconocería toda la importancia de dicho médico en los primeros pasos en la construcción del psicoanálisis.

Cuando comienza a atender a Anna O, Breuer tenía 38 años y contaba con una carrera consolidada en los círculos médicos, así como una selecta clientela de pacientes de la burguesía vienesa. Bertha Pappenheim con sus 21 años construyó y desplegó sobre él lo que se ha llamado una transferencia masiva. Siguiendo la propuesta de Vinot (2012),

¹ En el texto original en francés los autores hacen un juego de homofonía entre *pur* (puro) y *pour* (para).

podemos leer lo masivo de esa transferencia justo en la dimensión vociferante que ocupaba la paciente, es decir, en esa vertiente real de la pulsión invocante donde la voz como objeto se encontraba desligada del significante, desmesurada. Fue a esa voz desnuda, a ese real de la pulsión invocante al que se confrontó Breuer.

Párrafos previos habíamos comentado que la voz como objeto pulsional pierde algo al momento en que queda velada por el sentido introducido por la palabra del Otro, es decir, queda sujeta a la ley del significante y deja de ser voz pura. De este modo, como precisa Lacan, la voz “no se asimila, sino que se incorpora” (2008, p. 299), pero no todo puede ser incorporado, ese real como *resto* que queda fuera de toda simbolización y por lo mismo fuera de la ley, “es lo que sobrevive a la prueba de la división del campo del Otro por la presencia del sujeto [...] función irreductible que sobrevive a la prueba del encuentro con el significante” (Lacan, 2008, p. 238). De ahí que en la experiencia de lo humano, “la voz sin ley se paga en el goce mortífero” (Ham y Vivès, 2006, p. 73). Al respecto, Michel Poizat enfatiza que es necesario “articular la relación voz/palabra (o voz/significante para ser precisos) a la relación goce/ley” (Poizat, 1991, p. 184), de esta forma vemos que la voz no velada yace del lado del goce, mientras que la palabra se emparenta con la ley, y por lo mismo, con la castración. Hemos comentado que en Anna O puede leerse un estado donde “vociferaba”, otro donde había un “atascamiento” de las palabras, y uno más donde apareció el mutismo. A esto hay que sumar lo anotado por Freud (1910/1976b) en la primera de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* dictadas en 1909 en la Clark University de Massachusetts, ahí revela que la contracción del padecimiento de Bertha se dio en condiciones muy específicas en las que ella “en casi todas las situaciones patógenas, debió sofocar una intensa excitación en vez de posibilitarle su decurso mediante los correspondientes signos de afecto, *palabras* y acciones” (p. 15). De modo tal que durante el tiempo que cuidó a su padre, la joven “tuvo el permanente cuidado de no dejar que el enfermo notara nada de su angustia y dolorosa desazón” (Freud, 1910/1976b, p. 15). En efecto, podemos situar que ante lo “callado” y “oculto” por Anna, lo pulsional no encontró decurso por ninguna vía, ni por la representación afectiva, ni por las palabras, ni las acciones, en consecuencia, esa energía desligada se convirtió en un primer momento en síntoma corpóreo. Aunque, como lo veremos, llegó el punto en que ni los síntomas corpóreos pudieron “contener” el monto de excitación pulsional.

Tengamos en cuenta que en Bertha la transición de la vociferación, al atascamiento y al mutismo se dio a la par de una “rapidísima alternancia de talentos extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las descripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras” (Breuer, 1895/1976, p. 50). Así pues, notemos que los cañones de la angustia comenzaron a sitiar a la paciente como si de una ciudadela se tratara. ¿Cómo comprender esta transición? A nuestro juicio, en este caso en particular, en la medida que se fueron erosionando los diques del significante y, dado que en un inicio no hubo un otro que pudiera darle una escucha y un sentido, Anna quedó atrapada en la tensión propia del real pulsional de la voz, que como real era indecible. Es como si aquello “callado” y “oculto” ante el padre, retornara en forma de goce mortífero en el real del síntoma corpóreo y en el real de la voz desligada. Si tomamos en cuenta que “ante la voz, la palabra falla de manera estructural” (Dolar, 2007, p. 26), comprendemos y localizamos más claramente esa falla en toda la transición, que en su punto más álgido llegó a la *estupefacción*, la cual es definida como un asombro que le impide a la persona hablar o reaccionar. Al respecto, Didier-Weill (1999) sostiene que la experiencia de la

estupefacción “nos señala que lo que nos pasó es un real inaudito que sobrepasa lo que pueden dejar oír las palabras” (p. 58), dicho de otra manera, es un real que no puede ser simbolizado o dicho a través del lenguaje. Esto nos hace recordar distintas sesiones con sujetos psicóticos, cuando invadidos por las voces alucinadas quedan perplejos y estupefactos durante algunos segundos o minutos. Sin embargo, también en el sujeto neurótico se pueden presentar momentos de estupefacción, sobre todo en situaciones que generaron una crisis en la persona. Hay veces en que la crisis se podría manifestar en una dimensión vociferante, donde hay gritos, llanto, lenguaje desorganizado, dificultad para hablar, pero probablemente la crisis en su estado más agudo se manifieste justo del lado de la estupefacción, ahí donde no hay forma de poner palabras a lo vivido.

No perdamos de vista que mientras Anna O avanzaba hacia a la estupefacción, por su parte, la angustia iba abriéndose paso en la joven. Sobre esto, Assoun (2014) sitúa que hay una relación entre el síntoma neurótico y la angustia en la medida que los síntomas constituyen un medio para impedir la irrupción de la angustia, es decir, “el síntoma es una estrategia frente a la angustia” (p.21). Incluso si el síntoma genera malestar en el sujeto, “es un verdadero placer, si se le compara al tormento de la angustia” (Assoun, 2014, p. 21). Dicho de otra manera, porque no hay angustia como barrera hay síntoma neurótico, y en el caso de Bertha Pappenheim había una condensación casi barroca de estos, pero en algún punto – como ya lo hemos adelantado – dejaron de “contener” el real pulsional y fue entonces que la angustia comenzó a ganar terreno acompañada de la estupefacción, es decir, de ese estado de mutismo. Es en este punto donde Breuer detectó que había algo que no quería ser dicho por la joven, y fue cuando la invitó a hablar de ello. Valdría la pena preguntarnos si “eso” no se hablaba porque voluntariamente Anna O no quería hablarlo o bien, más allá de su voluntad era algo que no podía ser apalabrado. Finalmente, lo que ocurrió fue que, tras comenzar a hablar, retornó la movilidad de las extremidades del lado izquierdo de la paciente. Para marzo de 1881 el estrabismo así como la parafasia desaparecieron, sin embargo, Breuer indica que la joven hablaba solo en inglés sin saber lo que decía, aunque entendía si alguien le hablaba en alemán, y “solo en momentos de gran angustia el lenguaje se le denegaba por completo o mezclaba entre sí los más diversos idiomas” (Breuer, 1895/1976, p. 51). El 1 de abril Anna O fue capaz de levantarse de la cama, todo parecía mejorar, pero cuatro días después, el 5 de abril, el padre murió, dando lugar al trauma más grave para ella, según las palabras de Breuer. En ese momento solo hablaba inglés, y ya no entendía el alemán (comprensible todavía en marzo). También, las alucinaciones negativas aparecieron, ella no reconocía a nadie excepto a Breuer quien además la alimentaba debido a que Anna se negaba absolutamente a comer por cuenta propia o si alguien más intentaba alimentarla. Observamos con esto en qué lugar había colocado Anna a Breuer, pero también hasta qué punto el médico, sin el conocimiento que hoy tenemos sobre la transferencia y sus efectos, se dejó llevar hacia ese lugar.

Más o menos por esas fechas, Josef tuvo que partir de viaje, y al regresar encontró a la paciente en un estado peor, no había querido comer y habían aparecido alucinaciones de cráneos y esqueletos. En seguida se llegó quizás al punto más agudo de ese terremoto que sacudía a Anna, “sobrevinieron intensos impulsos suicidas, que volvieron imposible que siguiera residiendo en un tercer piso” (Breuer, 1895/1976 p. 53). Por esa razón el médico decidió que Bertha debía ser llevada a otra casa, “así como tras la muerte de su padre le sobrevino un estado calmo, también se tranquilizó ahora, después de que se produjo lo que temía” (Breuer, 1895/1976, p. 53). A pesar de que Anna fue llevada a esa otra residencia en la campiña vienesa, las tentativas de suicidio se prolongaron durante

tres días más, tiempo en el cual no pudo dormir ni comer, pero posteriormente la calma retornó a ella. Tengamos en cuenta la importancia de esa intervención clínica en el marco de la transferencia, él escuchaba el embate de la vociferación de Anna, el trastabillar de sus palabras y el silencio de su mutismo, él la hizo salir de la estupefacción, sus intervenciones sirvieron para que fueran desapareciendo algunos síntomas, pero todo eso resultó en una desmesura transferencial no advertida por Breuer. Fue así como Anna terminó por solo reconocerlo a él, solo por él se dejaba alimentar, solo hablaba cuando se había convencido de la identidad de él tocando sus manos, la ausencia del médico la angustiaba, de tal modo que solo la palabra de él parecía tener efecto en ella en aquellos instantes. Si bien, reconocemos esta desmesura del lado de la paciente, así como del clínico, también es importante reconocer que la palabra de Breuer por el lugar que ocupaba en la transferencia sirvió de contención frente a los impulsos suicidas de Anna. Varias preguntas se pueden abrir con este episodio, ¿Breuer introdujo una forma de la ley frente al desbordamiento pulsional de Anna? ¿Es posible leer una especie de llamado en el real de un intento de suicidio? ¿Qué lugar ocupa la voz y la palabra del clínico en un tratamiento?

A continuación, Breuer comenta que en Bertha Pappenheim desapareció el sonambulismo, pero siguió presentando los dos estados de conciencia. En aquel tiempo él tuvo que partir una vez más durante varias semanas, y al regresar la encontró “indócil”. Fue ahí que decidió trasladarla de retorno a Viena, pero a una casa distinta de donde había contraído el padecimiento. En ese otoño de 1881 el estado general de la joven era “toreable”, no obstante, para diciembre volvió a estar mal. Comenzó a presentarse un fenómeno interesante vinculado de manera directa con los dos estados de conciencia, en el primer estado, vivía en el presente, es decir, en el invierno de 1881-82, pero en el estado segundo, vivía en el invierno de 1880-81. Era en ese segundo estado donde revivía lo acontecido un año atrás, tal como si lo estuviera experimentando en aquellos momentos.

Al llegar a esta parte del historial clínico, notamos que la escritura de Breuer parece apresurarse para llegar a explicar el final del tratamiento. Según dice los síntomas se fueron disolviendo por la vía del relato, incluso aquellos donde estaba en juego el lenguaje. A la par de todo lo anterior, Breuer, hace notar un detalle que nos resulta una joya, refiere que incluso en momentos de claridad la paciente “se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza [...] se volvía ciega y sorda” (Breuer, 1895/1976, p. 50). Aquella *sordera* se había manifestado siempre que le dirigían la palabra, pero Josef pudo registrar minuciosamente esos estados pasajeros de *no-oír*: no oír que alguien entra; no comprender cuando varias personas hablan; no oír cuando, sola, le está dirigida la palabra; ser sorda por sacudida; ser sorda por miedo a un ruido; ser sorda en ausencia profunda; ser sorda por mucho escuchar y espiar. Además, en su examen descubrió que las primeras cuatro situaciones estaban claramente vinculadas con eventos donde la figura del padre se hallaba en juego. De tal suerte que Anna O se encontró en estados particulares de un silencio flanqueado por el mutismo y la sordera pasajera, ¿qué mayor silencio que ese? Si bien, el silencio es imprescindible en momentos precisos, por otro lado, “el silencio absoluto resulta enseguida siniestro, es como la muerte, mientras que la voz es el primer signo de vida” (Dolar, 2007, p. 26). ¿Qué dimensión del silencio es esa?, ¿no es acaso una dimensión donde podemos inferir una inefable soledad?, pues ¿qué mayor soledad que aquella en la que el sujeto no tiene ni la posibilidad de lo más elemental que es el grito, pero tampoco la posibilidad de escuchar al otro? Bien lo dice Álvarez (2020), “no es fácil ponerle palabras a la soledad, sin duda porque se acurruca bajo el manto del silencio y, en grados extremos, del mutismo” (p. 757), y a veces, como en el presente

caso, también de la sordera. Dicha sordera es interpretable a nuestro juicio, como la imposibilidad en Anna O de poder incorporar la voz del Otro, en la medida que la vertiente real de su voz desligada del significante era avasallante y no dejaba espacio para tal incorporación. Recordemos lo citado párrafos antes, donde Lacan menciona que la voz se incorpora, por lo mismo “la audición no es un proceso fundamentalmente diferente al de la ingestión, y constituye también, una forma de incorporación” (Vivès, 2001, p. 161). De nuevo cosa curiosa, pues a la par del desfallecimiento del lenguaje, la eventual sordera y el sitio de la angustia, hemos dicho que Anna exteriorizó imposibilidad para comer, además de un asco intenso, de igual modo no dejemos de lado que también había aparecido el célebre síntoma de no poder beber agua a pesar de tener mucha sed. La sordera se volvió tan fuerte que Breuer tuvo que comunicarse con ella por escrito, asimismo, Anna llegó tanto a depender de él que Josef tenía que cerrarle los ojos al anochecer para poder dormir sin tener alguna crisis, y abríselos al amanecer para poder despertar. Vemos una vez más la desmesura, esos no-límites ahora de parte del médico, en gran medida podríamos leer eso como una situación especular con la de Anna O de una voz fuera de los límites, con la respectiva dificultad para hacer pasar de la voz a la palabra, lo que sería precisamente ir introduciendo límites por la vía del significante, es decir, de la simbolización.

Breuer refiere que, para junio de 1882, la paciente tuvo más ímpetu en la *talking-cure*, y que en ese mes se finalizó el tratamiento. Según dice Bertha salió de Viena por un viaje, “pero hizo falta más tiempo todavía para que recuperara por completo su equilibrio psíquico” (Breuer, 1895/1976, p. 64). Las investigaciones nos indican que Bertha Pappenheim no fue curada por completo por Breuer, pero ya la cita anterior nos deja entrever que él mismo reconoce que faltó algo más para que la joven pudiera recuperarse. Asimismo, la investigación de Glauberman Schonholz (2016) que recoge datos trabajados por Henri F. Ellenberger, refiere que un mes después, el 21 de julio para ser exactos, Bertha fue ingresada al sanatorio de Bellevue localizado en la pequeña ciudad de Kreuzlingen Suiza, del que fue egresada el 29 de noviembre de ese mismo año. La parte del “mito”, en gran medida forjado por Jones y por el mismo Freud, nos cuenta que el tratamiento de Anna se interrumpió de forma abrupta por parte de Breuer, quien “huyó” al momento en que supuestamente la paciente presentó síntomas de “un embarazo psicológico”. Al respecto, las investigaciones de Roudinesco y Plon (2008), entre otros, aclaran este aspecto “mitificado” del caso.

Sobre el devenir de Bertha Pappenheim posterior a su tratamiento con Breuer se han escrito diversos textos, entre ellos deseamos destacar la relectura e interpretación de Bourgeon (2008). Finalmente, sobre Breuer, Vinot nos sugiere prestar atención a un último detalle: el mutismo, esa estupefacción – como signo de haber presenciado un real como dijera Didier-Weill– alcanzaría al mismo médico, al grado en que desde el final de la presunta cura en junio de 1882 hasta 1895, pasaría trece años guardando silencio sobre lo acontecido con Bertha Pappenheim. Solo su amigo y discípulo Sigmund Freud haría que volviera sobre el asunto bajo la forma escrita del historial clínico que ahora conocemos, para después volver a guardar silencio y apartarse por completo de la vía que Freud reconoció y continuó, no sin complicaciones propias.

Conclusiones

Partiendo de la propuesta de Frédéric Vinot, así como de puntuaciones de Jean Michel Vivès entre otros, hemos realizado un recorrido en el historial clínico que nos ha permitido identificar y reflexionar sobre el elemento de la voz como objeto de la pulsión invocante, el cual ahora podemos comprender como determinante a nivel sintomático y transferencial en el caso. Esto nos pone de relieve que la voz de Anna sigue llamándonos a través de las letras de Breuer, quien a su modo y con sus recursos, hizo frente a ese real inaudito que le presentó la paciente. No obstante, es necesario comprender que ese real inasimilable no se agota en la experiencia entre estos dos extraordinarios personajes que fueron Bertha Pappenheim y Josef Breuer. Lo que nos lleva a sostener que la voz, lejos de ser un elemento aislado o solo presente en este caso, está en juego en cada psicoanálisis a su modo, en cada ser humano en su día a día desde el momento en que lanza su primer grito en este mundo, en el canto sublime de la diva muriendo en el agudo, en la alucinación auditiva y en la escritura. También, y no menos importante pero sí radical, y en esto podemos decir que coinciden Jacques Lacan (1999) y Oliver Sacks (2004), vemos los trazos de la voz en los movimientos silenciosos de las manos del sujeto que se comunica por lenguaje de señas, sí, porque la voz bien puede comprenderse de entrada en la dimensión de lo sonoro, pero ella es tan potente como primer signo de vida que trasciende lo sonoro, y así como las voces de Anna O y de Breuer, también es capaz de trascender el tiempo.

Referencias

- Álvarez, J. M. (2020). *Principios de una psicoterapia de la psicosis* (Kindle). Xoroi Ediciones.
- Assoun, P.-L. (2014). *Leçons psychanalytiques sur l'Angoisse* (5eme édition). Economica.
- Bourgeon, D. (2008). Anna O.: De la cure psychanalytique au don de soi. *Revue du MAUSS*, 31(1), 353–364. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rdm.031.0353>
- Breuer, J. (1976). Estudios sobre la histeria: Historiales clínicos: Señorita Anna O. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. II, pp. 47-70). Amorrortu. Obra original publicada en 1895
- Colín, A. (2015). Ocho aportaciones clínicas de Freud sobre la voz. *Revista Subjetividades*, 15(1), 142–152.
- Didier-Weill, A. (1999). *Invocaciones: Dionisos, Moisés, San Pablo y Freud*. Nueva Visión.
- Dolar, M. (2007). *Una voz y nada más* (1a ed.). Manantial.
- Escobar Sotomayor, H. (2017, abril 27). Herbert Graf: El hombre que no fue Hans. *Cartapsi*. <http://www.cartapsi.org/new/herbert-graf-el-hombre-que-no-fue-hans/>
- Freud, S. (1976a). Carta 105 (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. I, pp. 320–321). Amorrortu. Obra original publicada en 1899
- Freud, S. (1976b). Cinco conferencias sobre psicoanálisis (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. XI, pp. 1–52). Amorrortu. Obra original publicada en 1910
- Freud, S. (1976c). Josef Breuer (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. XIX, pp. 299–300). Amorrortu. Obra original publicada en 1925
- Freud, S. (1976d). Lo ominoso (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. XVII, pp. 215–252). Amorrortu. Obra original publicada en 1919
- Freud, S. (1976e). Manuscrito N (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. I, pp. 296–298). Amorrortu. Obra original publicada en 1897

- Freud, S. (1976). Pulsiones y destinos de pulsión (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. XIV, pp. 105–134). Amorrortu. Obra original publicada en 1915
- Gerez-Ambertín, M. (1993). *Las voces del superyó*. Manantial.
- Glauberman Schonholz, K. (2016). *Anna O: la invención del psicoanálisis* [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.
- Ham, M. y Vivès, J.-M. (2006). La loi de Dieu et la divine voix. *Cliniques méditerranéennes*, 73(1), 73–87. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cm.073.0073>
- Jacob Albi, V. y Vivès, J.-M. (2016). De la possible invention d'un espace d'intimité chez le sujet psychotique: L'exemple de la musique. *Connexions*, 105(1), 123–131.
- Kapsambelis, V. (2016). *Manual de psiquiatría clínica y psicopatológica del adulto*. FCE.
- Lacan, J. (1994). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 4 La relación de objeto [1956-1957]*. Paidós.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis* (Juan Luis Delmont-Mauri y J. Sucre, Trad.). Paidós.
- Lacan, J. (2003). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 8: La transferencia* (Berenguer, Enric, Trad.; 1ª ed.). Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 10: La angustia* (Berenguer, Enric, Trad.; 1ª ed.). Paidós.
- Lacan, J. (2009). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo. En *Escritos II* (3ª ed.). Siglo XXI.
- Poizat, M. (1991). *La Voix du diable. La jouissance lyrique sacrée*. Éditions Métailié; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-voix-du-diable--9782864241102.htm>
- Rafaust, L., Vinot, F. y Vivès, J.-M. (2019). *La médiation par le théâtre. Freud et Dionysos sur la scène thérapeutique*. Arkhê.
- Ritter, M. (2009). *1. Pour introduire à la jouissance*. Érès. <https://www.cairn.info/la-jouissance-au-fil-de-l-enseignement-de-lacan--9782749210599-page-13.htm>
- Roudinesco, É. y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis* (2ª ed.). Paidós.
- Sacks, O. (2004). *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos* (2ª ed.). Anagrama.
- Sauret, M.-J. (2018). ¿Existe el otro? (A. Sotelo, Trad.). *Pedagogía y Saberes*, 48, 163–178.
- Vinot, F. (2012). D'une dimension vociférante du transfert. *Cliniques méditerranéennes*, 86(2), 111–122. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cm.086.0111>
- Vivès, J.-M. (2001). La place de la voix dans la filiation. *Cliniques méditerranéennes*, 157–166.
- Vivès, J.-M. (2012). *La voix sur le divan*. Aubier.
- Vivès, J.-M. (2013). Comment la voix vient-elle aux enfants ? *Enfances & Psy*, 58(1), 40–50. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.058.0040>
- Vivès, J.-M. (2016). De l'art d'accomoder les restes non analysés dans une cure pour en faire œuvre: Le "cas" du petit Hans. *Le Carnet PSY*, 199(5), 43–47. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.199.0043>