

## IX Congreso de APU: "El cuerpo - encrucijadas", 4 -6 de agosto 2016.

**Panel: Orígenes del psicoanálisis en el Uruguay.** Expositores: Guillermo Milán, Fernando García Press. Comentarios: Psicoanalistas Raquel Capurro (École Lacanienne), Juan Carlos Capo (APU).

Texto para debate:<sup>1</sup>

### *Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay: Algunas consideraciones en torno al texto "Un caso de mutismo" de V. Pérez Pastorini.*<sup>(2)</sup>

Prof. Agdo. Dr. Guillermo Milán  
FCPU - F. de Psicología, Udelar

Lic. Fernando García Press  
FCPU - F. de Psicología, Udelar

El propósito de este *Taller* es presentar el proyecto de investigación "**Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay**" (FCPU), refiriendo investigaciones en curso.

Este proyecto surgió en la Facultad de Psicología (UdelaR).<sup>3</sup> En el presente, la mayoría de sus integrantes están vinculados de un modo u otro a dicha Facultad, aunque no todos: el proyecto realiza una convocatoria amplia, y aspiramos a desarrollar y/o consolidar vínculos de trabajo e investigación con otras facultades e instituciones.

Está constituido por un grupo de investigadores: docentes, estudiantes (de grado y posgrado) y también egresados con expectativas de realizar un posgrado en la temática del proyecto. Funciona a partir de una reunión semanal, un seminario abierto y permanente, en el cual discutimos aspectos teóricos y metodológicos, y presentamos datos y avances de las investigaciones.

Destaquemos aquí dos aspectos. En primer lugar, el tipo de investigación que realizamos requiere *una concepción "abierta" del psicoanálisis*: abierta en sus comienzos, para comprender el modo en

---

<sup>1</sup> En ocasión del panel se expondrá una síntesis del presente texto.

<sup>2</sup> El presente trabajo es una **avance de investigación** del grupo Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay (FCPU), Facultad de Psicología, Universidad de la República. Varios aspectos de su contenido fueron debatidos en reuniones de investigadores. En particular, la Profa. Dra. Flora Singer realizó un fermental trabajo de lectura e interpretación del caso, trayendo varios aportes cruciales al enfoque que aquí presentamos.

<sup>3</sup> Coordinación: Prof. Agdo. Dr. Guillermo Milán (Instituto de Psicología Clínica) y Profa. Adj. Mag. Magdalena Filgueira (Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano).

que la clínica psicoanalítica se constituye y se construye a partir de otras prácticas y discursos: en continuidad y ruptura con el método clínico médico-psiquiátrico de la época; en continuidad y ruptura con las tácticas y técnicas psicoterapéuticas que Freud indaga, experimenta, asimila; y también en continuidad y ruptura con ciertas concepciones ético-políticas que están en el origen de la concepción psicoanalítica del sujeto, del uso de la transferencia y de la cura (Dunker 2011). Pero también una concepción abierta que nos permita comprender y abordar las vicisitudes que la estructura de la clínica y la trama de sus discursos han debido atravesar: expansión y crecimiento; institucionalización y rupturas; autorías y liderazgos; aplicaciones, adaptaciones, desfiguramientos. Y una concepción abierta del presente del psicoanálisis que permita concebir y comprender en qué sentido, y de qué forma, cuando retornamos sobre su pasado no estamos apenas reexaminando hechos ya cerrados sino que, propiamente hablando, estamos reinventándolo, como un modo también de reinventar su presente.

El segundo aspecto que queremos destacar es la naturaleza empírica de la investigación: una indagación que se fundamenta en una materialidad que es a la vez histórica, discursiva y escrita (la materialidad del archivo). Trabajamos con textos escritos, fundamentalmente casos clínicos, pero también con textos teóricos y doctrinarios, relatos científicos, pericias psiquiátricas judiciales,. La idea es que este trabajo en el archivo - el hallazgo y análisis de nuevos datos - preceda y oriente la lógica de la investigación, más que cualquier imperativo teleológico o reconstructivo.

A partir de estas premisas, se perfilan dos tipos de temas o problemas de investigación: en primer lugar, *la recepción inicial de las ideas freudianas*, que supone, sobre todo, interrogarse por el lugar del psicoanálisis en la historia de la cultura. Desde luego, esta “recepción inicial” tiene como puntos de referencia las sensibilidades e ideologías de la época (la percepción de lo normal y de lo patológico, etc.), pero su principal punto de anclaje será la propia estructura del sujeto, su producción de síntomas y su relación con el malestar y el sufrimiento. La histeria y las manifestaciones sexuales infantiles abonaron el terreno, generando vacíos en el saber; el hospital y

la escuela, el consultorio médico y el laboratorio psicopedagógico fueron ámbitos particularmente receptivos, estaban “esperándolas”. Aceptadas o resistidas; emblemas del progreso o señales de decadencia moral, las ideas freudianas comenzaron a dejar su marca, penetrando la cultura y sus estamentos, produciendo efectos profundos en la subjetividad contemporánea. Sobre este fondo debemos proyectar nuestro segundo conjunto de problemas, ahora sí, propiamente hablando, las vicisitudes históricas de la *formación de la clínica psicoanalítica y su interrelación con otras formas de la clínica* (psiquiatría, psicoterapia, psicología...), que supone situar a la clínica psicoanalítica en relación al campo de la ciencia y los problemas del método y de la técnica, de la ética y del poder.

Aquí podemos mencionar algunas de las investigaciones desarrolladas por integrantes del grupo de investigación: la cuestión de lo público y lo privado en un caso de psicosis, situado en la década del ‘20 (Mariana M. Moraes); una indagación sobre la transferencia médico-paciente en casos clínicos psiquiátricos, en esta época de “recepción inicial” de las ideas freudianas (Marcelo Gambini); la irrupción de las ideas lacanianas en el Uruguay, desde el punto de vista del psicoanálisis kleiniano dominante en la época (Gonzalo Grau Pérez); la dimensión de la escritura formal-topológica en la recepción del lacanismo (proyecto de Gonzalo Delgado); la recepción inicial de las ideas freudianas en el ámbito de la pedagogía y el gobierno del cuerpo (Agustina Craviotto); los efectos del psicoanálisis en la escritura de casos clínicos en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (1929-1940) (Paola Behetti); entre otras.

\* \* \*

Luego de esta breve introducción a las actividades del proyecto FCPU, presentamos ahora un avance de investigación, que plantea, según creemos, algunos puntos de interés sobre la historia del psicoanálisis en el Uruguay. Este avance forma parte de una investigación que venimos realizando,<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Agradecemos a Lic. Virginia Mórtoła, por su amplia y generosa participación en el inicio de esta investigación; igualmente a Lic. Gabriela Donya (FCPU-Facultad de Psicología), por su interés y aportación de datos.

desde 2014, en torno a la figura del Dr. Valentín Pérez Pastorini. En términos de investigación historiográfica, sobre Pérez Pastorini se sabe muy poco. Sobre la historia del psicoanálisis en Uruguay, en general, hay muy poco publicado; hay algunos textos escritos por psicoanalistas, por regla general breves, en los cuales la información sobre Pérez Pastorini surge de testimonios directos e indirectos, que localizan en la década de 1930 el surgimiento de su interés y el estudio de las ideas de Freud,<sup>5</sup> y en la década del 40 su formación como analista y sus actividades de transmisión del psicoanálisis,<sup>6</sup> hasta su fallecimiento en 1948, cuando tenía 52 años.

En esta ocasión, sin embargo, nosotros enfocaremos nuestro interés en un texto anterior, publicado en 1925: un caso clínico psiquiátrico cuyo título es “Un caso de mutismo”. Este texto fue presentado en la Sociedad de Psiquiatría el 30 de abril de 1925, y publicado en la *Revista Médica del Uruguay* en el fascículo correspondiente a marzo de ese año. Cuando Pérez Pastorini realizó esta presentación era un joven médico psiquiatra de 29 años.<sup>7</sup>

Cierta particularidad de nuestro abordaje de este texto procede de un elemento muy importante, que destacamos ahora. A lo largo de la investigación hemos podido consultar los libros de la biblioteca del Dr. Pérez Pastorini, los libros adquiridos por él y que constituían su biblioteca personal, e igualmente algunos documentos y manuscritos de su puño y letra, que han sido conservados por sus herederos. En particular, tuvimos acceso a ocho páginas (quince carillas) con apuntes y anotaciones realizados por el autor durante la escritura del caso. No se trata de una versión preliminar completa, sino más bien fragmentos, variantes, momentos de escritura y elaboración, con tachaduras, reformulaciones, opciones léxicas y énfasis que muchas veces marcan diferencias con el texto publicado; hay también algunas reseñas breves y referencias que dejan constancia de la bibliografía consultada por el autor durante la escritura del caso (sobre mutismo histérico etc.); en total son unas

---

<sup>5</sup> Según Korovsky (1985), “[en] la década del 30 descubre a Freud y es ganado por sus ideas. Establece una íntima amistad con Pichon Riviere. En 1943 viaja periódicamente a Buenos Aires, donde se analiza con Ángel Garma, y asiste a cursos y seminarios en el incipiente instituto” (p.32).

<sup>6</sup> Ver Freire de Garbarino (1988). Pérez Gambini (1999) recoge la información proporcionada por Korovsky (1985) y Freire de Garbarino (1988).

<sup>7</sup> Antes de esa fecha, Pérez Pastorini había publicado junto a Antonio Sicco, como segundo autor, el texto “La reacción a la adrenalina en los psicópatas” (*Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina-Legal*, 1924, Buenos Aires).

cuantas informaciones y detalles que no figuran en la versión publicada. Pero antes de avanzar sobre estas cuestiones que conciernen al texto, enfoquemos nuestro interés en el autor.

El Dr. Pérez Pastorini nació en 1896 en la ciudad de Florida (Uruguay), y en 1920, a la edad de 24 años, recibe el título de doctor en Medicina y Cirugía, otorgado por la Universidad de la República. Inmediatamente comienza a ejercer la medicina en el interior y en campaña (6 meses en el hospital de Florida y 2 años en Pueblo del Carmen,<sup>8</sup> Depto. de Durazno).

En 1923 comenzó a hacer la especialidad de psiquiatría en el servicio del Dr. Bernardo Etchepare, en el Hospital Vilardebó. Etchepare, primer catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina,<sup>9</sup> fundador de la Psiquiatría Nacional, era un hombre de enorme autoridad, de jerarquía y prestigio. Pues bien, Pérez Pastorini se dedicó exclusivamente a su formación en psiquiatría, y en 1924, “*después de un año de estadía en su servicio*”, el propio Etchepare lo nombró Jefe de Clínica Adjunto de la Clínica Psiquiátrica.<sup>10</sup>

Estamos en los primeros meses de 1925: Pérez Pastorini recibe ese reconocimiento de parte del propio Etchepare; tengamos presente también que el 30 de abril Pérez Pastorini leyó en la Sociedad de Psiquiatría el texto “*Un caso de mutismo*”; Etchepare estaba presente,<sup>11</sup> y en el inicio del texto Pérez Pastorini agradece su amabilidad por permitirle recoger las observaciones sobre este paciente. Sabemos también que menos de un mes después de realizada esta presentación, en la madrugada

---

<sup>8</sup> Hoy: Villa del Carmen.

<sup>9</sup> Cátedra fundada en 1908.

<sup>10</sup> Datos extraídos de tres versiones manuscritas de su foja de méritos, elaboradas entre 1926 y 1927. La más completa está dirigida al Director de la Asistencia Pública Nacional, Dr. Martirene, con motivo de un concurso de méritos para proveer cuatro puestos de médicos de la Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare. Pérez Pastorini deja expresa constancia de que fue el propio Dr. Etchepare que lo nombró, en 1924, Jefe de Clínica Adjunto de la Clínica Psiquiátrica.

<sup>11</sup> “*Con la asistencia del Profesor Bernardo Etchepare y de los doctores Rafael E. Rodríguez, Camilo Paysée, Elio García Aust, Pablo Vachelli, José M. Estapé, Miguel Jaureguy, Valentín Pérez, Francisco Rodríguez, Mario Rodella, Ventura Darder, Antonio Sicco y un grupo de estudiantes de medicina, se reunió días pasados en el Hospital Vilardebó la Sociedad de Psiquiatría para considerar la siguiente orden del día: Doctor Valentín Pérez, Un caso de mutismo (presentación de enfermo), Doctores Antonio Sicco y N. Leone Bloise, Parálisis general infantil (presentación de enfermo). Presidió la sesión el Profesor Etchepare (...) Los trabajos presentados fueron comentados por los Dres. Bernardo Etchepare, Rafael E. Rodríguez, José M. Estapé, y Miguel Jaureguy*”. (“Reuniones Médicas - Sociedad de Psiquiatría”, *La Mañana*, 5/5/1925; “Sociedad de Psiquiatría - La última reunión”, *El Plata*, 5/5/1925).

del 25 de mayo, fallece el Dr. Etchepare, a los 56 años, a consecuencia de las heridas provocadas por un ataque a manos de una paciente.<sup>12</sup>

Valentín Pérez Pastorini fue el pionero, el introductor de la clínica psicoanalítica en el Uruguay. La revista de la APU publicó en 1988 un texto, “Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay”, de Mercedes Freire de Garbarino, integrante del grupo fundador de esta institución. En ese texto, Mercedes Freire localiza a Pérez Pastorini en ese lugar de pionero, de primer psicoanalista, y lo hace en tono testimonial:

(...) el inicio [del psicoanálisis en el Uruguay] fue por 1944 o 45. Es en esta fecha que se empieza a hablar de psicoanálisis en el Uruguay. Y fue el Dr. Valentín Pérez Pastorini quien no sólo **nos transmitió el cuerpo de teoría del psicoanálisis** sino también su entusiasmo y devoción por esta disciplina. (...)  
(...) Para ejercer el psicoanálisis no sólo estudiaba y aplicaba sus conocimientos sino que **realizaba viajes mensuales o bimensuales a Buenos Aires para someterse a su psicoanálisis personal y hacer supervisiones de sus pacientes.**  
(...)

Y continúa más adelante Freire de Garbarino:

En el momento de fallecer el Dr. V. Pérez Pastorini, hacía varios años que los Dres. Rodolfo Agorio y Gilberto Koolhaas **estaban psicoanalizándose con él, y habían sido autorizados a ejercer la profesión.** También el Dr. Héctor Garbarino se había interesado y había comenzado su análisis personal, que sólo llevaba un mes de iniciado al fallecer el Dr. V. Pérez. Continuó luego con el Dr. R. Agorio. El tiempo transcurría y el interés se extendía en nuestro medio. Los interesados se reunían ahora alrededor de los Dres. R. Agorio y G. Koolhaas.  
(...) **Sentíamos que el psicoanálisis había pasado de manos de V. Pérez a ellos dos.** (...) (Freire de Garbarino, 1988).<sup>13</sup>

Como vemos, es la descripción de un psicoanalista en plena actividad: pacientes/ analizantes; transmisión; análisis personal; vínculo con un grupo o institución donde se forma y autoriza.

Pero volvamos a 1925. Tiempo después de que fallece Etchepare, y para homenajear al maestro, la *Revista Médica del Uruguay* publica<sup>14</sup> una intervención suya en la Sociedad de

---

<sup>12</sup> Etchepare “falleció el 25 de mayo de 1925, pagando tributo a la herida que le causara la agresión protagonizada por una paciente y agregando la aureola de martirologio a todos los valores personales que poseía” (Puppo 1983 p.21). Acontecido el hecho, los diarios *El País*, *El Día*, *La Mañana* y *El Plata* se hicieron eco de la noticia publicando diversas notas, pero éste último fue el único que dio como causa de la muerte “un ataque de angina” (*El Plata*, 25/5/1925).

<sup>13</sup> En esta cita y en el resto del texto los énfasis en letra **negrita** son nuestros (salvo indicación contraria).

<sup>14</sup> *Revista Médica del Uruguay*, marzo-abril 1926.

Psiquiatría, comentando un texto del colega Dr. Santín Carlos Rossi (“*Consideraciones bioquímicas sobre el Freudismo*”).<sup>15</sup> Según consta en la breve nota que precede al texto, la ocasión fue “una de las últimas sesiones de la Sociedad de Psiquiatría que presidió el malogrado (...) Etchepare” (p.77). Publicada bajo el título “*Sobre Psicoanálisis*”, Etchepare elogia en su intervención la presentación de S.C. Rossi y arremete violentamente contra Freud y el Psicoanálisis, incluso de forma burlona, sarcástica,<sup>16</sup> desde una posición enunciativa de “*buen criterio*” (p.83, B.E. *dixit*) y franca autoridad. Pero nada anticipa el fatal acontecimiento que estaría por llegar, y habrán notado que todo esto ocurrió en el mismo lapso de tiempo en el cual Pérez Pastorini expuso - en ese mismo foro - “*Un caso de mutismo*”.

Entonces, en el transcurso de unas cuantas semanas, en otoño de 1925, se produce una circunstancia como mínimo curiosa, una acumulación o condensación de sucesos unidos entre sí por la frágil materia de la lealtad y el reconocimiento, del lazo transferencial y de la posibilidad de disentir, sobre el telón de fondo de la diferencia generacional (Etchepare tenía 56 años; Pérez Pastorini, 29). Al ser nombrado Jefe de Clínica Adjunto apenas un año después de haber entrado al servicio, el joven Pérez Pastorini recibe reconocimiento, adquiere un lugar destacado. Conviven en el servicio, y Pérez Pastorini, naturalmente, está subordinado a Etchepare. También conviven en la Sociedad de Psiquiatría (ambos son miembros fundadores), y será en el interior de esa relación y de esos espacios compartidos que Pérez Pastorini se habrá familiarizado y habituado a las ideas y prácticas del maestro, y habrá podido calibrar también la opinión extremadamente negativa que Etchepare mantenía sobre el Psicoanálisis.

---

<sup>15</sup> Ambos textos aparecen publicados en el mismo fascículo. Los editores de la *Revista Médica del Uruguay* elevan el homenaje póstumo a condición de legado: “*Publicamos la siguiente nota de una de las últimas sesiones de la Sociedad de Psiquiatría, que presidió el malogrado profesor doctor Bernardo Etchepare, por considerarla de actualidad y como homenaje de recuerdo a la memoria del maestro desaparecido*” (p.78).

<sup>16</sup> Freud es “*un gran sugestionado*” (p.78), “*un soñador de ensueños, de pesadillas*” (p.79) y, el psicoanálisis es una “*corriente de inspiración malsana*” (p.83), un “*tejido de contradicciones*” (p.81), en el cual “*todo es exagerado*” (p.80). Según Etchepare, la “*exageración que se da en la sexualidad*” provoca que la doctrina freudiana “[*caiga*] *por su base*” (p.80), y es el motivo por el cual ha tenido un “*descrédito constante en los países latinos*” (católicos), donde existe el “*freno de la confesión*” (p.79). Le parece “*algo exagerado*” afirmar, como un colega suyo, que la doctrina de Freud es “*un tejido de inmundicia, de pornografía*”, pero afirma: “*no queda duda de que en ello hay un poco de verdad*” (p.83).

Es el momento de un encuentro, digamos así, muy propicio, casi providencial: de un lado, el veterano fundador de la Psiquiatría Nacional, ecléctica y organicista, referente de la medicina social higienista y moralista, que ahora, ante el debilitamiento del positivismo y la enorme difusión y penetración que están alcanzando las ideas de Freud, se ve obligado a salir a campo abierto, a enfrentarlas; del otro lado, el joven y promisor médico que el propio Etchepare pone a su lado, como su Adjunto, y que años después se convertirá en el primer psicoanalista uruguayo.

Antes de abordar el texto permítasenos realizar una última referencia al comentario de Etchepare. Este comentario (*"Sobre Psicoanálisis"*), dijimos, fue publicado póstumamente, probablemente sin su autorización y/o revisión, y quizás por eso sea el que mejor muestra el telón de fondo - el marco institucional y las reglas del juego de poder en el que estaban inmersos estos pioneros.

El texto de Rossi ya era lapidario, terminante, pero Etchepare nos dice que él va a *"agravar un poco la opinión"* (p.82). Luego de argumentar en contra de la etiología sexual y de la *"terapéutica fundada en los complejos sexuales"* (p.82), se pregunta: *"¿En esto hay un poco de tuberculosis?"* (p.82). Es decir: *¿en los casos psicoanalíticos, hay un poco de tuberculosis?* Y Etchepare responde: *"Es posible, en algunos casos. Yo creo que sí; ¡cómo no! Yo lo he visto. He visto tuberculosos que se han enfermado de melancolía. En esas condiciones yo creo que la pregunta debe ser respondida con la afirmativa en muchos casos"* (pp.82-83). Etchepare especula aquí sobre cierto nexo causal entre la etiología clínica psicoanalítica y un elemento tóxico, la tuberculosis - otros elementos de ese orden eran, en la época, la sífilis y el alcoholismo. Esta relación, en el contexto del organicismo y del discurso higienista-moralista dominante, no debe sorprender. Aún así sorprende el tono, la confianza, la franqueza - recuérdese que Etchepare no tuvo oportunidad de revisar el texto; sorprende porque le da visibilidad a la cuestión del *poder*. ¿El poder de la institución? Véase si no cómo concluye su intervención: *"La autoridad del médico es enorme - dice Etchepare - y no debe olvidarse de preguntar quizás con más delicadeza que un sacerdote"* (p.83). El poder de la institución, pero también la encrucijada ética, el poder que confronta al sujeto con su deseo y que,



digamos así, lo “reduce” a una posición ética (una posición que muchas veces requiere de la abstención, del rechazo al uso de un poder). En principio, digamos que Etchepare no precisaba ser sutil. ¿Y Pérez Pastorini? Traslademos ahora la cuestión al texto “Un caso de mutismo”.

El abordaje que realizamos del texto supone un análisis histórico-discursivo, una indagación que, en primer lugar, reposiciona el texto, lo eleva a la condición de *enigma* - o como dice Agamben, de *paradigma* - sin perder de vista que *la propia indagación nos incluye como interlocutores*, como lectores que conferimos actualidad al texto y recogemos sus efectos en el presente.

Tomemos algunas referencias de la época al mutismo histórico. Hacia fines del siglo XIX, en sus célebres *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso* (1885), sobre histeria traumática, Charcot dedica un capítulo al mutismo histórico, y un subcapítulo al mutismo histórico masculino.

Según Bercherie (1983, p.93):

Ya desde hacía varios años, Charcot se interesaba en la histeria masculina, en la que puso de relieve ciertas características específicas: **predominio de las formas desdibujadas**, sin las grandes crisis clásicas de las neurosis, con una mucho mayor frecuencia de sintomatología de aspecto más trivialmente neurológico (estigmas, parálisis y contracturas); **tenacidad de los síntomas** que sólo en pequeña medida presentaban las características de inestabilidad y movilidad habitualmente atribuidos a las manifestaciones histéricas; personalidad psicológicas muy alejada de la descrita tradicionalmente (se trataba con frecuencia de **hombres del pueblo, trabajadores robustos** y en absoluto emotivos por costumbre); finalmente, frecuencia del **desencadenamiento de los síntomas por influencia de un factor traumático** (accidente de trabajo, en la vía pública, ferroviario, riña, etcétera).

Igualmente, José Ingenieros (1904) dedica un capítulo de su libro *Los accidentes histéricos y las sugerencias terapéuticas* al mutismo dedicándole un apartado a la distinción entre éste y las afasias.

Sabemos que Freud publicó sobre las afasias (1891) y que trabajó sobre la afonía y mutismo (1905). En 1895, en el clásico *Estudios sobre la histeria*, Breuer refiere al mutismo histórico en el historial clínico de Anna O, haciendo cierta acentuación:

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 (...)

Durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno. **Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación.** Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada. **Cuando lo hube colegido y la compeli a hablar acerca de ello, desapareció la inhibición** que hasta entonces le imposibilitara además cualquier otra preferencia. (p.50)

El autor se pregunta qué es lo que le impide hablar a Anna O., apuntando a la relación del sujeto con el lenguaje, que se le presenta en forma de angustia: *“Solo en momentos de gran angustia el lenguaje se le denegaba por completo”* (p.51).

El texto “Un caso de mutismo”, como dijimos, fue presentado en la Sociedad de Psiquiatría el 30 de Abril de 1925. El caso relata el ingreso de un paciente al Hospital Vilardebó, proveniente de campaña, con estupor confusional (parálisis psíquica completa, inmovilidad, facie estúpida, mutismo absoluto, entre otros). El ingreso fue el 11 de junio de 1923. Días antes *“el enfermo tuvo un ataque al decir de la esposa, con convulsiones terminando con llanto”*, y *“desde ese momento se instaló su mutismo absoluto”* (p.100). El texto prácticamente no reporta antecedentes hereditarios y personales; apenas se consigna que fue “siempre tímido y vergonzoso” (p.103). Le escribieron reiteradamente a la familia, solicitando datos, pero no obtuvieron respuesta.

El cuadro de “parálisis psíquica completa” - tanto de las *“funciones psíquicas superiores”* como de las *“automáticas”* - duró, con *“ligeras variantes”*, 15 meses. A partir de allí, el enfermo *“sale paulatinamente de su estupor: mirada más viva, se interesa por lo que le rodea, se ríe”*, recobra *“en parte su lucidez mental”*, pasa a desarrollar una actividad *“bastante intensa, pues trabajaba en lo que se mandase”* (p.101), sin embargo, el mutismo persistía. En este punto, la cuestión es: ¿por qué persiste el mutismo, una vez que el paciente ya salió de su estupor? *“Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiese hablar, sino que no podía hacerlo”* (p.101), se afirma. En ese momento el diagnóstico es de *“debilidad mental”*, pero al mismo tiempo notan que *“tiene algunos de los caracteres descritos por Charcot del mutismo histérico”* (p.101). Se refiere a su indiferencia, y a la falta de respuesta ante la persuasión: *“parece que el enfermo no tuviese la idea*

ni el deseo de la palabra, o que la hubiese olvidado, dada la indiferencia manifestada ante todas nuestras incitaciones” (p.101). Pero el diagnóstico de histeria parece quedar en suspenso, y generar alguna controversia. Digamos que, desde el punto de vista de la nosología psiquiátrica de la época, para dejar firme el diagnóstico, se esperaría que algún otro síntoma (somático o psíquico) lo confirmase.<sup>17</sup>

El paciente permaneció en esa situación (persistencia del mutismo) por un lapso de siete meses (desde agosto de 1924 hasta marzo de 1925), hasta que un día, según cuenta el autor, “*bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma curó completamente*”;<sup>18</sup> es decir, el sujeto vuelve a hablar, cesa en su mutismo, y este es un momento clave del texto. El autor introduce una *cesura*, un *corte*: “*aquí aparece un hecho interesante - dice Pérez Pastorini - y por el cual esta observación ha sido presentada*” (p.101-2).

Si uno acompaña con cuidado el desarrollo argumental, se percibe que éste es un momento crucial de la presentación: aproximadamente en la mitad del texto el autor introduce este corte, este **cambio enunciativo**, en el que refiere el *motivo por el cual presenta el caso*. Es un momento en el cual el autor renueva su posicionamiento en relación a sus interlocutores. Es una cesura anticipatoria, una avanzada, que crea expectativas y cambia la dimensión pragmática del texto.<sup>19</sup> Veremos que estas expectativas se cumplen, porque, a partir de allí el texto *se divide*: si prestamos atención con cierto detenimiento al plano enunciativo comienza a hacerse evidente un juego de apariencias y de posicionamientos, una *división enunciativa* que produce una especie de “diploía” de objeto.

Queda claro que hay un plano normativo en el cual el texto mantiene su continuidad y unidad, el plano del género textual, al que se atiene no solamente éste sino todos o casi todos los relatos de caso clínico-psiquiátrico de la época. Es el plano de la secuencia canónica textual y del “contenido”

---

<sup>17</sup> Se trata de una nosología clasificatoria, que procede por observación (clínica de la mirada), acumulación, diferenciación y confirmación. (cf. Foucault 1963; Bercherie 1980).

<sup>18</sup> El cese del mutismo se produjo “*al día siguiente*” de la amenaza anérgica (notas manuscritas, pdf8)

<sup>19</sup> La pragmática “*describe el uso que pueden hacer de las fórmulas los interlocutores que se proponen actuar unos sobre otros*” (Ducrot & Todorov 1972, p.380) y la enunciación o situación de discurso es “*el acto en cuyo transcurso esas frases se actualizan, asumidas por un locutor particular, en circunstancias espaciales y temporales precisas*” (*idem*, p.364).

de los argumentos, el plano de las reglas y fórmulas descriptivas que transcriben la racionalidad clínica psiquiátrica de la época. En ese plano el texto sigue adelante de modo bastante previsible: el paciente ha vuelto a hablar, proporcionando nuevos elementos que permiten replantear la etiología y afinar el diagnóstico. Veamos esto con un poco más de detalle.

Según relata Pérez Pastorini, una vez recuperada el habla, el paciente le dijo, de modo espontáneo, que no hablaba por “*temor de haberse olvidado del lenguaje*” o a decir mal las palabras, “*en cuyo caso pasaría vergüenza*” (p.102). A partir de este nuevo elemento, Pérez Pastorini propone que en su mutismo histérico se habría “*injetado*” un “*elemento psicasténico*” o “*estado obsedante*”. Este elemento psicasténico habría sido causado por el “*estado de abulia*”. El cuadro diagnóstico gana así un nuevo aspecto, en el cual el elemento psicasténico surge como un factor coadyuvante, junto a la histeria, de la persistencia del mutismo.<sup>20</sup> Es decir, en este punto, en la cesura, el autor introduce dos nuevas precisiones: (i) *confirma el elemento histérico* - dice incluso que es el elemento predominante, pero, como veremos, lo hace de manera dividida, oscilante;<sup>21</sup> y (ii) *agrega el nuevo elemento psicasténico-obsedante*, relacionándolo con cuatro posibles hipótesis que explicarían la persistencia del mutismo. Es decir, al fondo de debilidad mental y al componente histérico le agrega el elemento psicasténico-obsedante, y con esa especificación diagnóstica Pérez Pastorini le pone punto final al texto: “*En resumen: - dice al final - creo interesante este caso, porque se han juntado por algunos de sus elementos las dos neurosis: histeria y psicastenia, que tienen tantos puntos de contacto*” (p.104).

---

<sup>20</sup> El elemento psicasténico sería resultado o efecto de la abulia: “*Es lógico admitir que el mutismo inicial sea debido a la inhibición producida por el estado confusional, y, para explicar su persistencia, tenemos que aceptar dos órdenes de fenómenos: uno causado por el estado de abulia, reliquia del sacudimiento psíquico y orgánico, tan grande que ha pasado; y otro - predominante para nosotros - es el elemento histérico, no sólo porque el terreno quizás fuese éste, acordándonos del accidente inicial de días antes de su confusión, sino también por los caracteres ya descritos, que son bastante característicos*” (p.103).

<sup>21</sup> Por un lado, muestra cautela y reticencia: “[*Se*] ha injetado a su mutismo, que *sin afirmarlo*, creemos histérico, un elemento psicasténico (...)” (p.102); por otro, lo afirma de modo mucho más decidido: “[*Tenemos*] que aceptar dos órdenes de fenómenos: uno causado por el estado de abulia (...); y el otro - *predominante para nosotros* - es el elemento histérico, no sólo porque el terreno quizá fuese ese (...) sino también por los caracteres ya descritos, que son bastante característicos” (p.103); y también: “[*Este*] elemento histérico que (...) es *tan claro, a mi modo de ver* (...)” (p.103). Más adelante analizaremos este aspecto con mayor detalle.

Pero también a partir de la cesura surge algo que va más allá del “contenido” de los argumentos (sobre etiología, diagnóstico). A partir de la cesura *empieza a hacerse evidente* cierta estrategia retórica, cierta estrategia de persuasión que muestra el modo en que los interlocutores actúan entre sí, produciendo efectos que pueden ser, eventualmente, “conservadores”, o “repetitivos”, pero que también resultan en movimientos, en reposicionamientos. Pero, ¿quiénes son los interlocutores? ¿A quién se dirige Pérez Pastorini?

Lo que observamos es que, a partir de la cesura, los contenidos pasan a ser presentados de forma agonística, opositiva - de un modo diferente al de la primera mitad del texto. Observamos que, de un modo bastante sutil, comienza a delinearse la figura o la posición de un *oponente* - un oponente con el cual disentir, y al que se puede persuadir. Hacia el final del texto, esta estrategia de construcción de un oponente *se hace explícita*, pues el autor anticipa cierta *objeción* que espera recibir: se posiciona en función de la “*objeción que se [le] pudiera hacer*” (p.103). Pero ¿qué características tiene este oponente?

Casi al final del texto, el párrafo en el cual se hace referencia a la posición del objetor se constituye en un verdadero “ombligo” teórico del texto. Según Pérez Pastorini, lo que podría objetársele es su “*doble interpretación del mutismo*”, y en particular, el “*elemento histérico*”. Es decir: lo que resultaba conflictivo no era el elemento psicasténico-obsedante, sino la *histeria* - el “*factor histérico*”, el “*elemento histérico*”, como lo denomina Pérez Pastorini. Y esta objeción, ¿desde qué lugar o posición se realiza? Lo que observamos es que *procede retirando al factor histérico de la explicación*. Según el objetor *no hay factor histérico*, y la persistencia del mutismo se produciría en un cuadro de abulia (o psicastenia), caracterizado por una “*inhibición grande de sus facultades psíquicas*”. El mutismo sería consecuencia de una “*reacción del organismo*” que se defendería “*por la inercia en aquella de sus facultades que, como el lenguaje, necesita más contribución de las facultades superiores para establecerse*” (p.103). Es decir, desde la posición del objetor, la persistencia del mutismo sería el resultado de una caída de tensión psicológica o debilitamiento

psíquico que comprometería sobre todo a las actividades psicológicas superiores, como el lenguaje. En fin, Pérez Pastorini concluye que esta explicación es “*poco verosímil*”, y aduce dos motivos: primero, la caída de la tensión psicológica no le parece muy conforme con la “*lucidez que [él cree] ver en el enfermo*”; y segundo - el más importante para nosotros aquí -, su convicción de que el factor histérico es el elemento predominante, “el terreno”, el elemento de base. Afirma este convencimiento “*ayudado por los muchos caracteres histéricos ya descritos*” (p.104).

Llegamos a este punto, entonces, en que su objetor ha sacado, ha descartado el elemento histérico, pero Pérez Pastorini hace todo lo contrario, carga las tintas en el diagnóstico de histeria y es justo observar aquí que no son menores los elementos de doctrina (Charcot, Janet), que le darían la razón a Pérez Pastorini.<sup>22</sup> ¿Por qué, entonces, el objetor emitiría un diagnóstico *contrario a doctrina*?

Desde el presente, no representa ninguna dificultad identificar a la histeria como un verdadero condensador de tensiones y contradicciones que constituyó y transformó, en aquella época, la experiencia clínica de muchos médicos (psiquiatras, neurólogos). Desde el punto de vista del método clínico<sup>23</sup> la experiencia de los médicos con las histéricas habría representado, según Bercherie (1983, p.70), un “*pasaje por el absurdo*”, una demostración “*a contrario*” de la verdadera naturaleza de la enfermedad. Pero más allá del método, en la vivencia de los sujetos, por relatos y testimonios registrados en la historia de la medicina, sabemos que se constituyó en una experiencia estigmatizada, en la experiencia, primero, de un desafío insidioso e intrigante, y luego, en fracaso engañoso, en fracaso capcioso y artero (Gilman *et. al.* 1993). No solo en el método sino también en el sujeto - la histeria habría abierto una grieta en el saber médico, habría hecho demasiado evidente y aguda, digamos así, esta “pulsación” del sujeto de la ciencia - abriendo el espacio hacia la invención freudiana del psicoanálisis. Y el texto “Un caso de mutismo” no es una excepción. Este texto tiene como telón de fondo la experiencia del fracaso del método, y habrá

---

<sup>22</sup> Las características específicas del cuadro de histeria masculina definido por Charcot coinciden en muchos aspectos con el de este paciente (ver referencia a Bercherie 1983, p.92-3, *supra*). Igualmente, para Janet, la abulia es un rasgo psicológico que manifestaría el “estrechamiento del campo de la conciencia” típico de la histeria (*idem.*, pp.110-1).

<sup>23</sup> Es decir, de la reducción de la enfermedad a un cuadro nosológico, a la observación anátomo-clínica y una posible explicación fisiopatológica.

tenido también, *habrá sido* una apertura de la instancia del sujeto (sujeto del deseo; sujeto de la ciencia).

A lo largo del texto hay varios puntos de entrada para la cuestión del sujeto, entre ellos, la teoría, la doctrina. Notamos, por ejemplo, que Pérez Pastorini realiza sendas referencias a Charcot y a Pierre Janet - a Charcot, para apoyarse en su concepción sobre el mutismo histérico, y a Pierre Janet, para explicar el surgimiento del elemento psicasténico-obsedante. Pues bien, en este plano del saber,<sup>24</sup> la cuestión del sujeto se presenta como un lugar de relación, de interferencia entre lo orgánico-fisiológico-material y lo psíquico-mental-ideacional - en el caso del organicismo, de predominio de lo primero sobre lo segundo. Con Charcot nos localizamos a nivel de cierta concepción materialista, asociacionista y neuropsicológica, en la cual los fenómenos mentales presentan "*escasa 'densidad'*", *porque son "pensados como inmediatamente adosados al funcionamiento de los centros nerviosos sensorio-motores"* (Bercherie 1983, p.95). El dualismo se prolonga en las distinciones entre centros y funciones, entre lesiones orgánicas y lesiones dinámicas,<sup>25</sup> y en su borde se encuentran ciertas nociones o conceptos-límite como las *lesiones dinámicas de asiento cortical*, o el de zona o foco histerógeno.

El autor refiere a Pierre Janet para introducir un elemento importante: el de cierta *caída o descenso de la tensión psicológica* en el enfermo. Pérez Pastorini apunta que, en este paciente, el elemento psicasténico/ obsedante no está acompañado por la emoción o angustia típicas de la obsesión o fobia verdaderas y, apoyándose en Janet, atribuye este hecho a cierta *caída o descenso de la tensión psicológica*. Esta referencia a la "tensión psicológica" forma parte de una noción o modelo de sujeto<sup>26</sup> en el cual la distinción fundamental es entre las *actividades psicológicas inferiores* y la actividad  *sintética* de la conciencia. Las primeras son de orden reflejo, automático, asociativo y poco adaptativas, mientras que la conciencia, de una eficacia o tensión adaptativa mucho mayor,

---

<sup>24</sup> En sentido amplio, comprendiendo las relaciones entre la psiquiatría, la neurología, la psicología...

<sup>25</sup> Asimismo, la ambivalencia o desplazamiento semántico de "nervios", "nervioso".

<sup>26</sup> Esta distinción "*se basa en una teoría psicológica ya muy elaborada, inspirada en Spencer y Jackson (vía Ribot) pero también en la tradición espiritualista*" (Bercherie 1983, p.111).

“efectúa siempre nuevas síntesis de los elementos psicológicos (percepciones, actos, recuerdos, hábitos adquiridos), síntesis que a continuación se convertirán en hábitos y después en automatismos” (Bercherie 1983, p.111). Dos aspectos a destacar: en primer lugar, que esta modelo le dispensa al sujeto una *mayor densidad o espesor mental*, que es, justamente, aquello de lo que carecía en Charcot; y en segundo lugar, el hecho de que la actividad psicológica inferior es inconsciente (o no consciente), y la superior, consciente. En Janet, entonces, la actividad psicológica superior es consciente, es más compleja y por eso requiere mayor “tensión psicológica”, de modo que es la más afectada cuando se producen formas de debilitamiento o “pobreza psicológica”, como en la histeria o en la psicastenia.

Sea en el “organicismo” de Charcot, sea en el modelo de mayor “densidad mental” de Janet, la cuestión crucial es que uno y otro mantienen el dualismo órgano-psíquico - por eso es que ambos conviven, se “adosan”<sup>27</sup> sin mayores problemas, eclécticamente. Entonces, *grosso modo*, se puede establecer una primera correlación o serie: orgánico-inferior-inconsciente (o no-consciente), y una segunda correlación: mental-superior-consciente. *Este dualismo es justamente el punto de tensión teórica que la clínica de la histeria acaba transformando en lugar paradójal* - en el lugar en que el método “pasa por el absurdo”, que es, justamente, el lugar en el cual Freud descubre el inconsciente psicoanalítico. Como afirma Bercherie (1983, p.74):

(...) la antigua alternativa entre **fenómenos neurológicos inconscientes** y fenómenos psicológicos más o menos conscientes y simulados, iba a desembocar en la paradoja que constituye el origen del psicoanálisis freudiano: los **fenómenos psicológicos inconscientes**, no más o menos por debajo del umbral de la conciencia (como de hecho se encaraban hasta ese momento los fenómenos inconscientes), sino realmente inconscientes, totalmente clivados de conciencia, y no obstante intensamente activos.

Visto esto, entonces, nos preguntamos cuál es la orientación o el sentido que adquiere, en el texto de Pérez Pastorini, el significante “*histeria*”. Ya vimos que es el motivo de disputa, que el

---

<sup>27</sup> “La psicología evolucionista ejerció rápidamente un gran atractivo en los clínicos de la psiquiatría y de la neurología, pero es preciso señalar que durante mucho tiempo las referencias respecto de aquella permanecieron como una especie de marco general de pensamiento, sin penetrar en el análisis de los fenómenos en sí, que seguían considerándose con una perspectiva materialista y neuropsicológica. Abundan los ejemplos de tal actitud, desde Meynert a Charcot (...)” (Bercherie 1983, p.213).



“objedor” trata de sacarlo del diagnóstico, en una tentativa casi perdida de antemano - por lo menos del punto de vista de la doctrina, de autores muy prestigiosos, como Charcot. Entre los “fenómenos neurológicos inconscientes”, propios de la doctrina psiquiátrica organicista, y los “fenómenos psicológicos inconscientes” del sujeto clivado, ¿dónde localizar el significante “*histeria*”? Tironeado de un lado y del otro, entonces, el significante “histeria” se vacía de sentido, y muestra cómo un significante puede pasar a determinar a los demás, como puede pasar a representar a los demás. Examinemos, entonces, un poco más en detalle, qué le ocurre al significante “histeria”.

\* \* \*

Hicimos referencia al cambio enunciativo de la “cesura” o “corte”. De allí en adelante el texto gana un doble espesor: retórico y ético. A partir de la cesura, se va construyendo la posición de un objedor u oponente, que se afianza hacia el final del texto. Se van marcando diferencias, pero también se proponen convergencias, reproximaciones, puntos de reunión, y es en este juego de demarcación de posiciones que se articula la encrucijada ética, la encrucijada del sujeto.

Para observar qué ocurre con el significante “histeria”, disponemos de las notas manuscritas y del texto publicado. Las notas manuscritas son como el preámbulo, la preparación, proporcionan detalles muy significativos para el análisis.<sup>28</sup> Permiten observar detalles, pequeñas diferencias: reformulaciones, paráfrasis, opciones léxicas. Son anteriores a la publicación, anteriores a ciertas decisiones: pueden confirmar un proceso o interpretación que es visible en el texto publicado; pueden mostrar un elemento que quedó oculto, el sub-texto, la opción que fue descartada o que quedó para después. En cualquier caso, tienen un valor muy particular, amplían notablemente el universo textual, aumentan el repertorio de rasgos lingüísticos que, al repetirse y recombinarse, orientan nuestra lectura - mostrando también, digamos así, el *sesgo*, la *orientación* ética y retórica del texto.

---

<sup>28</sup> Desde la perspectiva actual, las notas introducen un “tiempo anterior”, el tiempo de un *après-coup* posible. Sus tachaduras y reformulaciones introducen algo del orden del “azar”, de la contingencia (*cf.* Willemart 2014).

En principio, constatamos que, en el texto publicado, ya se puede observar una “oscilación” y modalización en el grado de certeza con el cual se afirma el “factor histérico”. Se “oscila” entre la extrema cautela y el convencimiento:

Como se observa, se ha injertado a su mutismo, que sin afirmarlo, creemos histérico, un elemento psicasténico (...) (p.102)

(...) este elemento histérico que, sin embargo, es tan claro, a mi modo de ver (...) (p.103)

A esta oscilación debemos agregarle el hecho de que el *diagnóstico diferencial* es, como su propio nombre lo indica, *negativo*, pero en el caso de la histeria - tributaria de simulación y engaño - este “negativo” se redobra, se acredita doblemente. El “camaleón” se recubre y cambia de color con la fascinación y el fastidio de los médicos.

De modo que el diagnóstico surge positivamente cuando ya no hay alternativa:

(...) a pesar de haber recobrado en parte su lucidez mental (...) no hablaba, sin embargo, una palabra. Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiese hablar, sino que no podía hacerlo. Descartamos, por lo tanto, que fuese un perseguido o un paranoico (...) ni que haya depresión, tristeza, atención de escuchar como un melancólico alucinado (...). Hay además, conservación de la afectividad. En cambio, tiene algunos de los caracteres descritos por Charcot del mutismo histérico: no ensaya respuestas, no hace esfuerzos como haría el afásico, por ejemplo, para hablar. (...) (p.101)

Es en el espacio demarcado por la “oscilación” del diagnóstico y la caracterización negativa de la histeria donde se diseña poco a poco la posición del oponente u objetor - antes de que se explicita, como vimos, hacia el final del texto. Para eso, el autor utiliza términos y construcciones lingüístico-discursivas con dos tipos de efectos: (i) para diferenciar la posición propia de la posición del oponente se hace uso de términos y locuciones opositivos, adversativos, contrastivos, así como de la primera persona del singular (“*a pesar de X*”, “*en cambio, X*”, “*yo digo X*”, “*a mi modo de ver, X*”, “*la objeción que... X*”);<sup>29</sup> y (ii) para aproximar al oponente, vencer su resistencia y/o intentar convencerlo, se crea una *escena enunciativa inclusiva* (“*es lógico admitir X*”, “*tenemos que aceptar*

---

<sup>29</sup> Ver cita anterior, con las locuciones: “*Descartamos X*”, “*En cambio, X*”.

*X*”, “no es de extrañar que *X*”, “para nosotros, *X*”, “en nuestro caso, *X*”, “es un hecho conocido que *X*”).<sup>30</sup>

En relación a los apuntes, señalemos dos detalles. En los apuntes, el diagnóstico de histeria es más asertivo, es afirmado con mayor convicción: hay modalización, pero no “oscilación” o indeterminación, como en el texto publicado. En el siguiente pasaje véase como la tachadura funciona como una marca de atenuación o modalización asertiva, que luego se confirma en el texto publicado:

<p>Así que en resumen podemos decir que en un débil mental <del>histérico</del> apareció un <u>accidente histérico</u> (...) (apuntes manuscritos, pdf8)</p>	<p>Sintetizando diremos: ha habido en este enfermo <u>débil mental congénito</u>, un choque emotivo (...) un <u>accidente histeriforme</u> (...), mordiendo en un terreno propicio (...) (texto publicado, p.102)</p>
--	---

En los apuntes, la tachadura muestra una primera instancia de modalización (*débil mental histérico* vs. *débil mental [que sufre] accidente histérico*), y luego se introduce una nueva modalización en el pasaje a la versión final (*accidente histérico* vs. *accidente histeriforme*), produciéndose el siguiente proceso de sustitución, en tres tiempos:

- [1] *débil mental histérico* >
- [2] *débil mental [que sufre] accidente histérico* >
- [3] *débil mental congénito [que sufre] accidente histeriforme*

En los dos siguientes pasajes correlativos podemos observar una sustitución o paráfrasis con efecto de atenuación similar:

<p>Como se ve, <del>no se</del> ha injertado <del>h</del> a su <u>síndrome histeria</u> algo que se parece a una obsesión, a</p>	<p>Como se observa, se ha injertado a su mutismo, que <u>sin afirmarlo, creemos histérico</u>, un</p>
--	---

<sup>30</sup> Los siguientes fragmentos dan cuenta de este efecto de inclusión: “*Es lógico admitir que el mutismo inicial sea debido a la inhibición producida por el estado confusional, y, para explicar su persistencia, tenemos que aceptar dos órdenes de fenómenos: uno causado por el estado de abulia (...) y el otro – predominante para nosotros – es el elemento histérico (...)*” (p.103); “*Tengo que agregar, además, que no es de extrañar que el síndrome clínico histeria, sea en nuestro caso muy pobre, reducido solo al mutismo, a pesar de lo sugestibles e imaginativos que son estos enfermos, porque es un hecho conocido que en los sujetos con insuficiente desarrollo intelectual, o, más bien dicho, con detención del desarrollo psíquico, carecen relativamente de imaginación (...)*” (p.103)

una fobia (...) (apuntes, pdf8)	elemento psicasténico (...) (texto publicado, p.102)
---------------------------------	--

En las notas, en general, el factor histérico o “histeriforme” surge como un elemento constitucional del enfermo, en el contexto de la explicación etiológica. Luego, en el texto publicado, constatamos que el efecto de atenuación o modalización se ha producido en dos ejes, en dos dimensiones: primero, como un cambio de lo constitucional a lo accidental (*débil mental histérico vs. débil mental congénito que sufre accidente histérico*) y segundo, como un cambio de algo más esencial y estable a algo más aparente y circunstancial (*accidente histérico vs. accidente histeriforme*).<sup>31</sup>

Por último, es curioso constatar que el elemento psicasténico o estado obsedante recibe el tratamiento inverso: introducido con cautela y muy modalizado (“~~tiene posiblemente un X~~”, “no se puede descartar X”) en las notas, se reafirma en el texto publicado (“se ha injertado X”):

Ahora bien ese <del>estado obsedante</del> temor de no poder hablar, esa imposibilidad de servirse de la palabra, de que el enfermo nos habla no es claramente una fobia de la palabra o del lenguaje porque falta esa angustia característica. Sin embargo, <del>tiene posiblemente un elemento</del> no se puede descartar <del>que sea un</del> elemento psicasténico (...) (apuntes, pdf5)	Como se observa, <u>se ha injertado a su mutismo</u> , que sin afirmarlo, creemos histérico, <u>un elemento psicasténico</u> , causante también de mutismo, que podríamos llamarle estado obsedante, mejor que obsesión o fobia; y digo que no parece una obsesión, porque ese temor que acusa el enfermo es indiferente, no se acompaña de emoción, de angustia característica de estos estados. (...) (texto publicado, p.102)
--	--

El autor sustituye el adverbio “posiblemente” por la expresión “no se puede descartar”, que es menos asertiva y al mismo tiempo más inclusiva que aquel. Al parecer, por lo menos en este contexto, cuanto menos conclusiva y asertiva, más inclusiva una expresión será, es decir, más estará tomando en cuenta la objeción que un otro le haya hecho. Resumiendo, en el pasaje de los apuntes al texto publicado hay un proceso de modalización inclusiva en torno al “factor histérico”, que es el

<sup>31</sup> La forma diferencial y clasificatoria de la nosología psiquiátrica también se pliega a este efecto de modalización asertiva: en las notas el factor histérico aparece claramente diferenciado del estupor confusional, a lo largo de tres períodos del mutismo cuidadosamente demarcados uno de otro; en cambio, en el texto publicado, la distinción se atenúa y el elemento histérico no se distingue tan claramente del estupor.

verdadero objeto en disputa, mientras que, en un segundo plano, el elemento psicasténico-obsedante es reintroducido de un modo más asertivo.

Ahora, para finalizar, realizaremos algunas consideraciones en torno al plano ético. Prestemos atención en detalle al párrafo de la cesura o corte, porque allí se produce, como dijimos, un cambio enunciativo que *divide* al texto. Veamos cómo ocurre esto. El autor comienza haciendo referencia a los vanos esfuerzos de persuadir al paciente, que recordemos, ya llevaba casi dos años internado, que unos siete meses atrás había comenzado a salir del estupor, que indicaba con gestos y ademanes que no podía hablar, pero que permanecía indiferente ante las incitaciones de sus médicos. Dice así:

No ha obedecido a la persuasión. Sin embargo, hará cosa de uno y medio meses, bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma [mutismo] curó completamente. Y aquí aparece un hecho interesante y por el cual esta observación ha sido presentada: al salir de su mutismo, espontáneamente, el enfermo nos manifiesta que si él no hablaba, era porque tenía temor de haberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo caso pasaría vergüenza. Se ve ya aquí, el fondo mental del sujeto, por lo pueril de su preocupación y del modo de exponerla. No obstante me manifiesta también, que estaba tan acostumbrado a no hablar, que ya no tenía ni deseos de hacerlo, tanto más cuanto que pensaba que pudiera fracasar. (p. 101-2)

Con la “amenaza enérgica”, entonces, el paciente comienza a hablar - le dice al médico por qué no hablaba - y esto, como vimos, aporta elementos para cierta revisión diagnóstica, pero también las palabras, como suele suceder, abren el espacio de la contingencia e indeterminación, tienen un *efecto enigmático*, y el mutismo se transforma en una especie de cifra, de clave del sujeto. Sobre este efecto se inscribirá el “deseo de saber” de Pérez Pastorini.

La cesura presenta una doble explicación. Primero, refiere el “*temor de haberse olvidado del lenguaje*”, el temor de hablar mal, donde se expresa cierto imaginario normativo, la demanda de hablar bien; pero a renglón seguido se apunta a algo que está más allá de esta dimensión del hablar bien o mal, se hace referencia, digamos así, al “deseo de hablar” - “*estaba tan acostumbrado a no hablar, que ya no tenía ni deseos de hacerlo*”. Sobre este fondo de acostumbramiento e inhibición

cristaliza el mutismo, y esto, ciertamente, *dice algo*, es la cifra o síntoma del ser hablante - *el mutismo habla*, y el sujeto es esta antífrasis.<sup>32</sup>

En el *seminario 11*, Lacan (1964, pp.19-20) hace referencia a la “hija muda” de la pieza teatral *Las mujeres sabias* [*Les femmes savantes*] de Molière, y comenta allí un asunto que, de cierto modo, es correlativo al problema de la cesura: lo más importante, lo que hace que se dispare el caso, no es que se haya encontrado un determinado “*rasgo diferencial de la teoría*” (Lacan) que explique el mutismo, sino, más bien, que el sujeto hable, lo más importante es que el sujeto vuelva a hablar. Para Lacan, hay un “*sujeto que se supone que habla*”, y el mutismo es su síntoma. ¡Que hable! Pero que se ponga a hablar “*no nos dice para nada por qué se puso a hablar*”,<sup>33</sup> y allí se inscribe el deseo de saber.

“*El sujeto que se supone que habla*”, o “*el sujeto que se supone que desea*”: tal es el “corte ético” del caso. Los dichos del sujeto reconfiguran la escena enunciativa y Pérez Pastorini recoge lo que aparece allí, lo que inquieta al sujeto: *decir mal, pasar vergüenza, tener deseo, fracasar* - los significantes en los cuales el deseo intercepta el imaginario normativo, el suelo sombrío de la inhibición.

“*[En] el movimiento mismo de hablar, la histérica constituye su deseo*” - dice Lacan sobre la “hija muda” (*idem*, p.20). “*Estaba tan acostumbrado a no hablar, que ya no tenía ni deseo de hacerlo*”, dice Pérez Pastorini de su paciente. ¿Pero a qué se refiere esta frase? ¿A los casi dos años de mutismo? ¿A la vida de este joven hombre “de campaña”, muy retraído, tímido y vergonzoso? ¿A

---

<sup>32</sup> Lo imposible (deseo) se imaginariza como lo prohibido (norma).

<sup>33</sup> “(...) *Pero el análisis no consiste en encontrar, en un caso, el rasgo diferencial de la teoría, y en creer que se puede explicar con ello por qué su hija está muda, pues de lo que se trata es de hacerla hablar este efecto procede de un tipo de intervención que nada tiene que ver con la referencia al rasgo diferencial.*

*El análisis consiste justamente en hacerla hablar, de modo que podría decirse que queda resumido, en último término, en la remisión del mutismo, lo cual se llamó, durante un tiempo, análisis de las resistencias.*

*El síntoma es, en primer lugar, el mutismo en el sujeto que se supone que habla. Si habla, se curó de su mutismo, por supuesto. Pero ello no nos dice para nada por qué se puso a hablar. Nos designa solamente un rasgo diferencial que, en el caso de la hija muda es, como era de esperarse, el de la histérica.*

*En efecto, el rasgo diferencial de la histérica es precisamente ese: en el movimiento mismo de hablar, la histérica constituye su deseo. De modo que no debe sorprender que Freud haya entrado por esa puerta en lo que, en realidad, eran las relaciones del deseo con el lenguaje, y que haya descubierto los mecanismos del inconsciente” (Lacan 1964, pp.19-20).*

ambas cosas? En cualquier caso, la timidez, la inhibición, la palabra amarrada en el mutismo no pueden ser pensadas apenas como indicios de un deseo retraído, sino como lugares en los cuales, como puede, el sujeto constituye su deseo. Queda así en primer plano la articulación de deseo y lenguaje, de deseo y *discurso del sujeto*, muy distinto del sujeto pasivo de la doctrina organicista.

Un último aspecto ahora vinculado a la cesura: la cuestión del “deseo de saber”, en particular, del “*deseo de saber*” de Pérez Pastorini.

Un detalle llama la atención: en la cesura, el autor utiliza el discurso indirecto para reportar lo que dijo el paciente, y lo hace creando una escena inclusiva, que “admite”, digamos así, a los otros médicos que estaban en contacto con el enfermo. Antes de la cesura ya encontramos expresiones como: “*nos empezamos a dar cuenta...*” (p.101), “*nos demostraba...*” (p.101), y en el inicio de la cesura se da continuidad a ese tono: “... *el enfermo nos manifiesta que si él no hablaba...*”, usando el pronombre en primera persona del plural (átono) con sentido inclusivo. La cesura se inicia entonces en la misma modalidad inclusiva que predomina en casi todo el relato, pero - y aquí el detalle - cuando llega el momento de referir el “deseo de hablar” del paciente, Pérez Pastorini utiliza la primera persona del singular: “*No obstante me manifiesta también, que estaba tan acostumbrado a no hablar, que ya no tenía ni deseos de hacerlo*” (p.102).

Recordemos la estrategia retórica del texto: hay un oponente en ciernes; este oponente, ya lo vimos, está incluido en la escena enunciativa; pero ahora, cuando se manifiesta la cuestión del deseo, la escena se vuelve excluyente, ya no incluye al oponente, y surge en el texto la marca personal, la marca de una posible diferencia: ya no es “*nos dijo...*”, “*nos manifiesta*”, “*nos demuestra...*”, sino “*me manifiesta...*”. Si algo llama la atención en este detalle es que puede contar como indicio de un posicionamiento diferente ante los dichos del paciente.

El sujeto comienza a hablar, y explica a los médicos por qué no hablaba. El pasaje del mutismo al habla pone al paciente (histérico) en posición de rearticular su deseo y este movimiento, como suele decirse, *histeriza el discurso*, señala la falta en el Otro, generando la pregunta por el deseo (*Che*

*vuoi?, ¿qué quieres?). El sujeto recibe el mensaje de forma invertida, y convoca el deseo de saber.*

Por eso la observación de Lacan (*ibid.*, p.20), en su comentario a *Las mujeres sabias*:

(...) no debe sorprender que Freud haya entrado por esa puerta en lo que, en realidad, eran las relaciones del deseo con el lenguaje, y que haya descubierto los mecanismos del inconsciente.

Pasaje del mutismo al habla y, agreguemos ahora, pasaje del deseo de saber a la escritura: “*Y aquí aparece un hecho interesante y por el cual esta observación ha sido presentada*”, anotaba Pérez Pastorini en la cesura. La cuestión es que, en ese pasaje, uno puede encontrarse a Freud.

Por lo pronto, las notas manuscritas de “Un caso de mutismo” dejan constancia de que Pérez Pastorini tenía en sus manos *L’Inconscient*, de Angelo Hesnard, libro publicado en París en 1923.

En las notas a “Un caso de mutismo” Pérez Pastorini tradujo y transcribió algunos párrafos del capítulo 2 de la parte 2, denominado: “*L’inconscient hystérique, hypnotique et somnambulique*”.

Leyendo las notas y páginas señaladas, constatamos la resonancia entre los textos. Sin embargo, y pese a la cantidad de otras referencias (Binet y Simon, Charcot, Janet, Magnan, Tinel, Claude, Lwoff y Targowla...), Pérez Pastorini no nombra al autor de *L’Inconscient*. Hesnard es considerado el pionero del psicoanálisis en Francia, fundador en 1926 de la *Société Psychanalytique de Paris* (SPP). Un ejemplar del libro de Hesnard aún hoy se conserva en la biblioteca de Pérez Pastorini.

### **Referencias Bibliográficas**

Bercherie, P. (1980) *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial

\_\_\_\_\_. (1983) *Génesis de los conceptos freudianos*. Editorial Gedisa, 1988.

Breuer, J. & Freud, S. (1895) *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud, *Obras completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.

Capurro, R. y D. Nin (1995/2006). *Yo lo maté - nos dijo - es mi padre. - Nueva escritura de Extraviada*. Buenos Aires: Epele, 2007.

Dunker, C. (2011) *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, terapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

Etchepare, B. (1924/1926) “Sobre psicoanálisis”. *Revista Médica del Uruguay*. Año XXIX, Fasc. 333, tomo XXIX, Nº 3-4, marzo-abril 1926, pp.77-83.



- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria". En: S. Freud, *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2011.
- Gilman, Sander L., Helen King, Roy Porter, G. S. Rousseau, and Elaine Showalter (1993) *Hysteria Beyond Freud*. Berkeley: University of California Press.
- Freire de Garbarino, M. (1988) "Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay". En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* N° 68. Noviembre 1988.
- Ingenieros, J. (1904). *Los accidentes históricos y las sugerencias terapéuticas*. Recuperado en <http://www.alejandriadigital.com/wp-content/uploads/2015/12/INGENIEROS-Los-accidentes-hist%C3%A9ricos-y-las-sugerencias-terap%C3%A9uticas.pdf>
- Korovsky, E. (1985) "El Psicoanálisis en el Río de la Plata", *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, vol. 1, n° 4:25-44.
- Lacan, J. (1964) *El Seminario - Libro 11 - Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires. 1987
- Pérez Pastorini, V. (1925). "Un caso de mutismo". *Revista Médica del Uruguay*. Tomo XXVIII N°3. pp.100-104, abril-mayo de 1925.
- Pérez Gambini, C. (1999) *Historia de la Psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950*. Montevideo. Arena.
- Puppo, H. (1983) "La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica". En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. N°48, pp.19-36.
- Rossi, S. (1926) "Consideraciones bioquímicas sobre el freudismo". *Revista Médica del Uruguay*. Año XXIX, Fasc. 333, tomo XXIX, N° 3-4, marzo-abril 1926, pp.69-76.
- Willemart, P: (2014) *Psicanálise e teoria literaria*. Sao Paulo: Perspectiva.