

## DOSSIER DE INVESTIGACIÓN

# «Un caso de mutismo» (1925): Cura, palabra, poder

---

GUILLERMO MILÁN<sup>1</sup>, FERNANDO GARCÍA PRESS<sup>2</sup>

El 30 de abril de 1925, el joven psiquiatra uruguayo de 29 años, Valentín Pérez Pastorini (1896-1948) presentó en el plenario de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay el caso clínico «Un caso de mutismo» (Pérez Pastorini, 1925). Da inicio a su exposición agradeciendo al Prof. Dr. Bernardo Etchepare —que estaba presente, presidiendo la sesión— por haberle permitido realizar la observación del caso en la sala dirigida por él, en el Hospital psiquiátrico Vilardebó en Montevideo. Desde el inicio de su formación en Psiquiatría, en 1923, Pérez Pastorini frecuentó el servicio del Dr. Etchepare, y el reconocimiento no demoró en llegar: un año después, en 1924, Etchepare lo nombró «Jefe de Clínica Adjunto de la Clínica Psiquiátrica», y en 1925, encargado del «Servicio Pinel» (con la dirección del propio Etchepare).<sup>3</sup> Comenzaba así un sólido lazo maestro-discípulo, apoyado en la gran autoridad y prestigio que poseía Etchepare, considerado, en Uruguay, el fundador de la Psiquiatría Nacional, ecléctica

1 Prof. Agdo. Facultad de Psicología. Universidad de la República. guillermomilan11@gmail.com

2 Analista en formación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. fgarciapress@gmail.com

3 Datos extraídos de tres versiones manuscritas de su *Curriculum Vitae*, elaboradas entre 1926 y 1927 (Pérez Pastorini, Archivo Personal).

y organicista,<sup>4</sup> doctrina que, ya en el inicio del segundo cuarto del siglo XX, acusaba el ocaso del positivismo y la enorme difusión y penetración que alcanzaban las ideas de Freud. Pero la contingencia del destino jugó sus cartas: menos de un mes después de la referida reunión de la sociedad de psiquiatría, el Dr. Etchepare fallece, a los 56 años, como consecuencia de las heridas provocadas por el ataque de una paciente (Puppo, 1983), y Pérez Pastorini acabará transformándose, más de una década después, en el primer psicoanalista uruguayo, después de realizar su formación y su análisis personal en Buenos Aires, junto a aquellos que fundarían en 1942, la prestigiosa Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

En el presente trabajo abordaremos el caso clínico que fue relatado por Pérez Pastorini en aquella última sesión de la Sociedad de Psiquiatría presidida por Bernardo Etchepare. Destacándose por estas circunstancias particulares, «Un caso de mutismo» parece integrarse a una acumulación y condensación de sucesos encadenados entre sí por la frágil materialidad de la lealtad y el reconocimiento, del lazo transferencial y de la posibilidad de disentir, sobre el plano de fondo de la diferencia generacional (Etchepare tenía 56 años; Pérez Pastorini, 29). *Entre dos muertes*, la escena retorna con el innegable carácter de «encuentro propicio», maestro-discípulo, instantes antes de la dispersión; pero también de la instancia decisiva, «premonitoria», que regresando sobre sí misma permitiría anticipar los destinos divergentes del veterano psiquiatra y del futuro psicoanalista; en cualquier caso, un texto clínico tenso y cargado, que, en la medida en que se abre a su propia contingencia, deja descifrar las marcas de un acontecimiento improbable.

Un último elemento antes de finalizar este preámbulo: para la realización del presente trabajo tuvimos la posibilidad de consultar los libros de la biblioteca personal del Dr. Pérez Pastorini, así como algunos documentos manuscritos de su propio puño que fueran conservados por sus herederos. En particular, tuvimos acceso a ocho hojas con anotaciones realizadas por el autor durante la escritura del caso. No se trata de una

4 Prof. Agdo. Instituto de Psicología Clínica. facultad de Psicología. Universidad de la República. Referente de la medicina social (higienista, moralista), Etchepare fue el primer catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina (Udelar), cátedra fundada en 1908.

versión preliminar completa, sino de fragmentos, variantes, momentos de escritura y elaboración, tachaduras, con reformulaciones, opciones léxicas y énfasis que muchas veces marcan diferencias con el texto publicado. Hay también algunas reseñas breves y referencias que constituyen indicios de la bibliografía consultada por el autor durante la escritura del caso (sobre mutismo histérico, etc.); en total, contribuyen con un abanico de informaciones y detalles que no figuran en la versión publicada. Las notas manuscritas proporcionan detalles muy significativos para un análisis discursivo. 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 oculto, una opción descartada, una elección diferida. En cualquier caso, ellas amplían de forma notable el universo textual, aumentando el repertorio de trazos lingüísticos que, al repetirse y combinarse, nortean nuestra lectura, contribuyendo para mostrar cierta *orientación* ética y retórica del texto.

#### FREUD, SOÑADOR DE PESADILLAS

Algún tiempo después del fallecimiento de Etchepare, y para homenajear al maestro, la *Revista Médica del Uruguay* (RMU) publicó el texto «Sobre psicoanálisis», una intervención de Bernardo Etchepare (1926) en la Sociedad de Psiquiatría en la cual atacó violentamente a Freud y al Psicoanálisis: Freud era «*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 (1926), 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). Etchepare probablemente no llegó a revisar el texto y/o autorizar su publicación, y quizás por eso sea el texto que mejor muestra el telón de fondo, el contexto institucional y las reglas del juego en las cuales estaban inmersos esos pioneros. Préstese atención al pasaje del texto en el cual Etchepare (1926), después de argumentar en contra de la etiología sexual y 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. [...] *¿cómo no!* [...] *He visto tuberculosos que se han enfermado de melancolía*» (pp.82-83). Esta relación, en el contexto del organicismo y del discurso higienista-moralista dominante, no debe sorprender. Aun 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 sino 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). Pérez Pastorini, en cualquier caso, tuvo la oportunidad de familiarizarse con las ideas del maestro..., en particular con su posicionamiento extremadamente negativo en relación al psicoanálisis. Se delimitan así los primeros trazos de una escena abierta, de un horizonte de posibilidades que se determina, en la lectura del caso, por el abordaje de diversas opciones y elecciones textuales, comprendidas como indicios de una relación de poder que, en su propio movimiento, en sus márgenes posibles de indeterminación, el sujeto puede ir a confrontar su deseo, «reduciéndose» a una posición ética (ética del deseo), una relación maestro-discípulo, médico-paciente, etc., a partir del uso (o abstención del uso) de un poder. Trasladamos esta cuestión a «Un caso de mutismo».

## HISTERIAS DE HOMBRES DE PUEBLO

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 histérico. 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 histérico, y un subcapítulo al mutismo histérico masculino. Charcot presentaba casos de enfermos delante de un auditorio, entrevistando al paciente y comentando la enfermedad durante el montaje de la

escena. Los casos presentados en el referido subcapítulo son de hombres de oficio, de campo «como saben, se trata de un hombre musculoso, fuerte» (Charcot, 2007, p.79); con características diferentes de las histerias clásicas, sin la emotividad e imaginación atribuida a estas. Igualmente, destaca la persistencia de síntomas, «lo que sólo se observa en hombres» (Charcot, 2007, p.79), diferentemente de las mujeres, que muestran una gran variabilidad sintomática. Bercherie (1988, p.93) sintetiza los trazos de la histeria masculina del siguiente modo:

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 morbilidad 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, en Argentina, el renombrado pensador José Ingenieros (1904) dedica un capítulo de su libro *Los accidentes histéricos y las sugerencias terapéuticas* al mutismo, con un apartado sobre la distinción entre este 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 histérico 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. (Breuer, J. & Freud, S., 2000, 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» (Breuer, J. & Freud, S., 2000, p.51).

#### UN CASO DE MUTISMO. ¿HISTÉRICO?

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

descriptos 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>5</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>6</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» (pp.101-102).

#### UNA CESURA ANTICIPATORIA

Si uno acompaña con cuidado el desarrollo argumental, se percibe que este 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-enunciativa del texto, en la dimensión definida por la lingüista Jacqueline Authier-Revuz (1990) como «heterogeneidad(es) enunciativa(s)». Veremos que estas expectativas se cumplen, porque, a partir de allí el texto *se divide* y comienza a hacerse evidente un juego de apariencias y de posicionamientos entre interlocutores, una *división*

5 Se trata de una nosología clasificatoria, que procede por observación (clínica de la mirada), acumulación, diferenciación y confirmación. (cf. Foucault 1963; Bercherie 1980; Dunker, C. 2011).

6 El cese del mutismo ocurrió «al día siguiente» de la amenaza anérgica (notas manuscritas, pdf 8).

*enunciativa* que produce una especie de «diplopía» de objeto en torno al significante «histeria».

Queda claro que hay un plano normativo en el cual el texto mantiene su continuidad y unidad: el plano del género textual, de la secuencia canónica textual y del contenido (de los argumentos); el plano de las reglas y fórmulas descriptivas que transcriben la racionalidad clínica psiquiátrica de la época al cual se atiende no solamente este sino todos o casi todos los relatos de caso clínico-psiquiátricos. 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 «injertado» 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>7</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>8</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

7 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).

8 Más adelante analizaremos este aspecto con mayor detalle.



pone punto final al texto: «En resumen 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).

#### UN Oponente u Objeto

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. Veremos el modo en que la forma de *heterogeneidad* mostrada atribuye un estatuto diferente a los fragmentos identificados con una alteridad, en la medida en que «la doble designación de un fragmento-otro y de la alteridad a que remite, constituyen por diferencia, una doble afirmación de lo uno» (Authier-Revuz, 1990, p.91). 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 objeto 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 histórico». Es decir: lo que resultaba conflictivo no era el elemento psicasténico-obsedante, sino la *histeria* - el «factor histórico», el «elemento histórico», como lo denomina Pérez Pastorini. Y esta objeción, ¿desde qué lugar o posición se realiza? Lo que observamos es que *procede retirando al factor histórico 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>9</sup> ¿Por qué, entonces, el objetor emitiría un diagnóstico *contrario a doctrina*?

## EL SUJETO DE LA HISTERIA

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

9 Las características específicas del cuadro de histeria masculina definido por Charcot coinciden en muchos aspectos con el de este paciente (ver referencia a Bercherie, 1988, p.92-93, *supra*). Igualmente, para Janet, la abulia es un rasgo psicológico que manifestaría el «estrechamiento del campo de la conciencia» típico de la histeria (Bercherie, 1988, pp.110-111).

clínico<sup>10</sup> la experiencia de los médicos con las histéricas habría representado, según Bercherie (1988, 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 como marcan sus oscilaciones textuales, habría sido (*habrá sido*) una apertura de la instancia del sujeto (sujeto del deseo; sujeto de la ciencia).

#### ENTRE CHARCOT Y JANET

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, 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, 1988, p.95). El dualismo

10 Es decir, de la reducción de la enfermedad a un cuadro nosológico, a la observación anátomo-clínica y una posible explicación fisiopatológica.

se prolonga en las distinciones entre centros y funciones, entre lesiones orgánicas y lesiones dinámicas, 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, etc., y el desplazamiento semántico de términos como «nervios», «nervioso».

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>11</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, «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, 1988, p.111). Dos aspectos a destacar: en primer lugar, que este 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»

11 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, 1988, p.111).

sin mayores problemas, eclécticamente<sup>12</sup>. 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 paradójico*, 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 (1988, 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.

¿Qué orientación adquiere, en «Un caso de mutismo» el significante Histeria? Ya vimos que es el motivo de disputa, que el «objeto» 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 significantes, y cómo un significante puede pasar a representar otro significante. Examinemos, entonces, un poco más en detalle, qué le ocurre al significante «histeria».

12 Esta facilidad habría aumentado la influencia del modelo. Para muchos autores, desde Meynert a Charcot, la psicología evolucionista constituía una especie de «matriz general del pensamiento», pero a la hora de analizar los fenómenos en sí ellos continuaban considerándose dentro de una «perspectiva materialista y neuropsicológica» (Bercherie, 1988, p.213).

## EL SIGNIFICANTE HISTERIA

Recapitulemos: a partir del cambio enunciativo introducido por la «cesura» o «corte» el autor construyó la posición de un objetor u oponente, que se afianza hacia el final del texto y en cuyo transcurso el texto gana un doble espesor: retórico y ético. Se van marcando diferencias, pero también se proponen convergencias y reaproximaciones. Producido materialmente a través de opciones y elecciones lingüísticas, asistimos a un microjuego de demarcación de posiciones de poder, en cuyo transcurso se articula una encrucijada ética posible, una orientación posible del deseo del sujeto.

Para observar qué ocurre con el significante «histeria» las notas manuscritas del autor proporcionarán importantes indicios. En el texto publicado, ya fue posible constatar una modalización en el grado de certeza con el cual se afirma el «factor histérico», oscilándose entre la extrema cautela y la convicción:

[...] Como se observa, se ha injertado a su mutismo, que sin afirmarlo, creemos histérico,

un elemento psicasténico [...] (p.102)

[...] predominante para nosotros es el elemento histérico [...] (ibid, p.103)

[...] 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 redobla, 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 depre-

sión, 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 objeto. Para eso, el autor utiliza términos y construcciones lingüístico-discursivas con dos tipos de efectos:

1. 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>13</sup>
2. para aproximar al oponente, vencer su resistencia y/o intentar convencerlo, se crea una *escena enunciativa inclusiva* («es lógico admitir X», «tenemos que aceptar X», «no es de extrañar que X», «para nosotros, X», «en nuestro caso, X», «es un hecho conocido que X»);<sup>14</sup>

Como planteamos anteriormente ese juego se produce en el ámbito de lo que Authier- Revuz (1990) denomina *connotación autonímica*, la posibilidad de un discurso de «[proponer] explícitamente una alteridad en relación al sí mismo» (Ibid., p.30), designando un punto como exterior y heterogéneo, en particular:

Un otro, un interlocutor, diferente del locutor y a este título susceptible

13 Ver cita anterior, con las locuciones: «Descartamos X», «En cambio, X».

14 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).

de no comprender, o de no admitir (si tu entiendes lo que quiero decir, si usted me permite la expresión, permóneme el término, si lo quiere así...) operaciones implícitamente admitidas como yendo de sí hacia fuera del discurso, por parte del interlocutor – engranaje del funcionamiento normal de comunicación. (Ibíd. p.31)

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 cómo 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 histérico apareció un accidente histérico [...] (apuntes manuscritos, pdf 8)</p>	<p>Sintetizando diremos: ha habido en este enfermo débil mental congénito, un choque emotivo [...] un accidente histeriforme [...], 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 siguientes pasajes correlativos podemos observar una sustitución o paráfrasis con efecto de atenuación similar:



<p>Como se ve, <del>no se</del> ha injertado-h a su <u>síndrome histérica</u> algo que se parece a una obsesión, a una fobia [...] (apuntes, pdf 8)</p>	<p>Como se observa, se ha injertado a su mutismo, que <u>sin afirmarlo, creemos histérico</u>, un elemento psicasténico [...] (texto publicado, p.102)</p>
---	--

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*).

Por último, es interesante 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»):

<p>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, pdf 5)</p>	<p>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)</p>
--	---

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

#### MUTISMO, HABLA, DESEO

Ahora, para finalizar, realizaremos algunas consideraciones en torno al proceso de articulación del deseo por el lenguaje, que circunscribe el espacio posible de una elección ética (ética del deseo). 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. (pp.101-102)

Con la «amenaza energética», 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 al «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.

#### UN LIBRO DE ANGELO HESNARD

En las notas manuscritas a «Un caso de mutismo» (Pérez Pastorini, 1925a), Pérez Pastorini traduce y transcribe dos párrafos del libro *L'Inconscient*, del psiquiatra Angelo Hesnard [1886-1969],<sup>15</sup> publicado en París en 1923; sin embargo, en la versión final del texto, no hay ninguna referencia a dicho libro.

Ambos párrafos fueron extraídos del capítulo 2: «El inconsciente histérico, hipnótico y sonambúlico»<sup>16</sup>. El primer párrafo detalla la etiología inconsciente de los fenómenos histéricos:

La mayor parte de los síntomas histéricos presentan una gran característica común de ser reproducibles en sus grandes líneas por la voluntad. [...] Ellos no son producidos por una intención consciente y reflexionada.

15 Psiquiatra con formación en biología, Hesnard es considerado un pionero del psicoanálisis en Francia. Es autor, junto a Régis, de «El psicoanálisis e las neurosis y de las psicosis» (1914) y fundador en 1926 de la Sociedad Psiconalítica de París (SPP).

16 En particular, los párrafos fueron extraídos del subcapítulo 1: «El inconsciente histérico»; parte A- «Hechos clínicos del inconsciente histérico; subparte (a) «Hechos etiológicos».

La prueba está en la ausencia de esfuerzo aparente del sujeto y la aparente resistencia al dolor y a la fatiga, que sentiría el simulador en su lugar. Eso tendería a hacer pensar que los síntomas se producen en virtud de una clase de intención inconsciente. (Hesnard, 1923, p.127)

El segundo párrafo transcrito menciona una serie de técnicas o medios de influencia del médico sobre el paciente:

Los síntomas histéricos se curan en fin casi siempre, espontáneamente o bajo influencia del médico (hipnotismo, persuasión, psicoanálisis sexual, amenazas enérgicas, etc....) de preferencia bajo la influencia de la confianza y de la fe, religiosa o no. Ellos curan sobre todo cuando el interés o el amor propio del sujeto entran en juego y que esto se comprende; la cura tiene lugar muchas veces súbitamente por una clase de «desprendimiento» (G. Roussy, Cl. Vincente, etc.): contractura, asfonia, etc. (Hesnard, 1923, p.127)

Los medios de influencia mencionados por Hesnard (hipnotismo, persuasión, psicoanálisis sexual, amenazas enérgicas) deben ser comprendidos en cuanto formas que permiten constituir, encuadrar y lidiar con la relación de poder que, de un modo u otro, se actualiza en la relación médico paciente. En «Un caso de mutismo», dos de ellos fueron aludidos y utilizados (persuasión y amenaza enérgica).

#### CURA, PODER, AMENAZA ENÉRGICA

Tal dimensión del «tratamiento de poder» constituye la vertiente o lineamiento histórico-discursivo que Dunker (2011) refiere con el nombre de cura, y que, en el pasaje de siglo XVIII-XIX, se localiza en las formas de «teatralización» de la confrontación moral (entre la voluntad racional del médico y la creencia o pasión del alienado) que encontramos en el tratamiento moral (Pinel) que está en el origen de las prácticas clínicas de la psiquiatría moderna, pautadas, del lado del médico, por instancias de enfrentamiento, transferencia y restitución de poder, y, del lado del paciente, por momentos sucesivos de resistencia, reconocimiento del error, confe-

sión, abandono de la creencia, conversión, gratitud y deuda. De acuerdo con Dunker (2011):

Tales son las cuatro formas de poder que definen la cura después de su larga metamorfosis religiosa y política a partir de las antiguas prácticas del cuidado de sí: la dependencia, la confesión, la inadmisibilidad del deseo y la deuda (Foucault, 1973-74). Esa cuádruple sujeción disciplinar se reúne y se delimita en una nueva forma de asociación entre cura y verdad. Esta última se localiza ahora en la soberanía de la enunciación del médico y en su práctica de modulación de la realidad [...] (p.549)

Surge aquí la pregunta por la «inadmisibilidad del deseo». Pues, en «Un caso de mutismo», ¿no estaría en juego, desde el inicio, la posibilidad del reconocimiento o admisibilidad de un deseo del paciente, que se actualiza, precisamente, en la posibilidad de que hable?

En el *seminario 11*, Lacan (1964, pp.19-20) hace referencia a la «hija muda» de la obra 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», 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» (ibid, 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 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.

En la cesura un detalle llama la atención: 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 construcciones pronominales verbales con efecto inclusivo: «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, es incluido en la escena enunciativa por el narrador utilizando una serie de recursos de modalización inclusiva, predominantemente a través del uso del primera persona en plural; 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...». ¿Se trata tan solo de un modo de integrar la posición del médico en una escena de confesión/reconocimiento del paciente, o podemos ir más allá y conjeturar la marca de una diferencia, el 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.

Según la calificación de su autor, Angelo Hesnard, el libro *L'inconscient* (Paris, 1923) es un «modesto ensayo de psicología experimental» (Hesnard, 1923, p.1). Siendo este el caso, y habiendo trabajado en las notas manuscritas con cierto esmero, ¿Por qué Pérez Pastorini se abstiene de introducir, en la versión final de «Un caso de mutismo» cualquier referencia al texto de Hesnard? En ese libro, Hesnard repasa las teorías del inconsciente y una multiplicidad de estudios clínicos de laboratorio provenientes de la psicología, patología (psicosis, neurosis, psicastenia), psiquiatría y neurología, dando una «importancia primordial» (Toulouse en Hesnard, A. 1923), sin embargo, los «fenómenos afectivos» que definen el territorio del psicoanálisis freudiano. El universo de nombres propios y referencias que figuran en «Un caso de mutismo» (Binet y Simon, Charcot, Janet, Magnan, Tinel, Claude, Lwoff y Targowla, entre otros), el texto de Hesnard aparecería ligeramente fuera de foco.

Etchepare y Pérez Pastorini, maestro y discípulo: la respuesta contiene la pregunta. En cualquier caso, un ejemplar del libro de Hesnard se conserva aún hoy en la biblioteca personal de Pérez Pastorini. Aquel día, 30 de abril de 1925, el futuro psicoanalista leyó el texto «Un caso de mutismo» y el veterano psiquiatra escuchó con atención. ♦

## RESUMEN

En el presente trabajo realizamos un abordaje discursivo del caso clínico «Un caso de mutismo», presentado en abril de 1925 por el joven psiquiatra uruguayo y futuro psicoanalista, Valentín Pérez Pastorini [1896-1948], ante el plenario de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (Pérez Pastorini, V. 1925), presidido por el Dr. Bernardo Etchepare - primer ocupante de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (Universidad de la República), y considerado el fundador de la Psiquiatría Nacional, ecléctica y positivista-organicista. La observación del caso fue realizada en la sala del Hospital Vilardebó que era dirigida por Etchepare, en la cual Pérez Pastorini se desempeñaba como «Jefe de Clínica Adjunto de la Clínica Psiquiátrica». Contando con las notas manuscritas realizadas por Pérez Pastorini durante la escritura del caso clínico, en el presente texto abordamos las marcas discursivas de este encuentro entre el veterano psiquiatra, detentor en la época (1925) de una virulenta posición anti-freudiana, y el futuro psicoanalista. En «Un caso de mutismo» el autor desarrolla un diagnóstico diferencial entre histeria y psicastenia. Procedemos a analizar el signifiante «histeria», verdadero condensador de tensiones y contradicciones que constituyó y transformó la experiencia clínica de muchos médicos, entre ellos Freud. Explorando la posición enunciativa del autor del caso se delimita una brecha que abonará el terreno para la irrupción y desarrollo del psicoanálisis.

*Descriptores:* MUTISMO / CASO CLÍNICO / HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS / PODER / PSIQUIATRÍA / ÉTICA / CESURA / LENGUA

*Autor-tema:* Pérez Pastorini, Valentín

## ABSTRACT

In this paper we carry out a discursive approach to the clinical case «A case of mutism », presented in April 1925 by the young Uruguayan psychiatrist, and future psychoanalyst, Valentín Pérez Pastorini [1896-1948], before the plenary of the Society of Psychiatry of Uruguay (Pérez Pastorini, V. 1925),



chaired by Dr. Bernardo Etchepare - first occupant of the Department of Psychiatry of the Faculty of Medicine (Universidad de la República), and considered the founder of Psychiatry National, with an eclectic and positivist-organicist orientation. The observation of the case was carried out in the room of the Vilardebó Hospital, which was directed by Etchepare, in which Pérez Pastorini worked as «Deputy Head of Clinic». Counting on the handwritten notes made by Pérez Pastorini during the writing of the clinical case, in this text we address the discursive marks of this meeting between the veteran psychiatrist, detentor at the time (1925) of a virulent anti-Freudian position, and the future psychoanalyst. In «A case of mutism» the author develops a differential diagnosis between hysteria and psychostenia. We proceed to analyze the significant «hysteria», a true condenser of tensions and contradictions that constituted and transformed the clinical experience of many doctors, including Freud. Exploring the enunciative position of the author of the case, a gap is defined that will pave the way for the emergence and development of psychoanalysis.

*Keywords:* MUTISM | CLINICAL CASE | POWER | PSYCHIATRY | ETHICS | CAESURA | TONGUE

*Author-Subject:* Pérez Pastorini, Valentín

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2010). *Signatura Rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama.
- Authier-Revuz, J. (1990). Heterogeneidade(s) enunciativa(s). *Cuadernos de Estudios Lingüísticos*, (19), 25-42.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial.
- Bercherie, P. (1988). *Génesis de los conceptos freudianos*. Madrid: Editorial Gedisa.
- Breuer, J. & Freud, S. (2000). Estudios sobre la histeria. En Freud, S. *Obras completas, Vol. II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Capurro, R. y D. Nin (2007). *Yo lo maté - nos dijo - es mi padre*. Nueva escritura de Extraviada. Buenos Aires: Epele.
- Charcot, J-M. (2007). *Acerca de seis casos de histeria masculina*. En Conti, N y Stagnaro, J. *Historia de la ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, terapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Etchepare, B. (1926). Sobre psicoanálisis. *Revista Médica del Uruguay*. Año XXIX, Fasc. 333, tomo XXIX, N° 3-4, 77-83.
- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire de Garbarino, M. (1988). Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 68.

- 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.
- Hesnard, A. (1923). *L'inconscient*. Paris: Gaston Doin.
- Ingenieros, J. (1904). *Los accidentes histéricos y las sugerencias terapéuticas*. Recuperado de <http://www.alejandriadigital.com/wp-content/uploads/2015/12/INGENIEROS-Los-accidenteshist%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.
- Pérez Pastorini, V. (1925a). Notas manuscritas a «Un caso de mutismo». Acervo documental del autor.
- Puppo, H. (1983). La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. N°48, pp.19-36.