
ESTUDIOS / RESEARCH STUDIES

VÍAS CRUZADAS PARA LA PSICOLOGIZACIÓN DEL TRAUMA EN LOS SABERES MÉDICOS DE FIN DEL SIGLO XIX

Luis César Sanfelippo

Instituto de Investigaciones/ Cátedra I de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires
luissanfe@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9387-7108>

Recibido: 28 mayo 2016. Aprobado: 14 marzo 2017.

Cómo citar este artículo/Citation: Sanfelippo, Luis César (2018), "Vías cruzadas para la psicologización del trauma en los saberes médicos de fin del siglo XIX", *Asclepio*, 70 (2): p237. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.21>

RESUMEN: En el presente artículo, procuraremos indagar tres vías que contribuyeron, de distinta manera, al proceso de "psicologización" del trauma. En primer lugar, la obra del cirujano Erichsen (1866), quien pretendió explicar ciertos casos de accidentados ferroviarios (ubicados en una zona gris entre la lesión comprobable y la simulación) con el marco de la anatomía patológica. En segundo lugar, la refutación de Page (1883), quien desde una perspectiva fisiológica intentó interpretar ese territorio dudoso de la clínica como la consecuencia de un *shock* general nervioso, producido por la acción de una emoción capaz de alterar la función sin lesionar el tejido. Finalmente, las lecciones de Charcot de 1885, dedicadas a la histeria traumática, volvieron pensable el papel que las emociones y las ideas podían tener en las situaciones traumáticas que generaban los síntomas, tomando como modelo el mecanismo de acción de la hipnosis y de la sugestión en el sistema nervioso. En el recorrido, procuraremos fundamentar que las transformaciones de la noción de trauma e, incluso, lo que cada autor podía observar y pensar, dependieron principalmente de los marcos conceptuales a partir de los cuales se abordó la experiencia clínica.

PALABRAS CLAVE: trauma; psicologización; ferrocarril; histeria; marcos conceptuales.

CROSSING PATHS FOR PSYCHOLOGIZING OF TRAUMA IN MEDICAL KNOWLEDGE BY THE END OF THE NINETEENTH CENTURY

ABSTRACT: In this article, we will try to investigate three different ways which contributed to the process of "psychologizing" of trauma. First, Erichsen's work (1866), a surgeon who explained certain cases of railway accident victims (which were located in a great field between the provable injury and simulation) with the framework of the pathological anatomy. Second, the physiological perspective of Page (1883), who tried to interpret that dubious territory of the clinic as a result of a Nervous Shock produced by an emotion that can alter the function without damaging the tissue. Finally, the lessons of Charcot in 1885, dedicated to traumatic hysteria, became plausible the idea that emotions and ideas could be traumatic by themselves, idea that was modeled on the action of hypnosis and suggestion in the nervous system. Throughout the text, we will try to justify that the transformations of the notion of trauma (and what each author could observe and think) depend on conceptual frameworks from which clinical experience was discussed.

KEY WORDS: trauma; psychologization; railway; hysteria; conceptual frameworks.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente artículo consiste en trazar algunos recorridos históricos que permitan dar cuenta de los *procesos de psicologización* del trauma que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XIX. El uso del plural es aquí absolutamente imprescindible, pues no ha existido un desarrollo único, natural o esperable, desde la antigua noción quirúrgica de trauma hasta la moderna concepción psicológica. Ocurrieron, más bien, procesos múltiples (los accidentes ferroviarios y laborales, los seguros y pensiones por daño o invalidez, el debate sobre la histeria) que, en diferentes ámbitos (la pericia médica, la investigación clínica, la experimentación con hipnosis) y en distintas geografías intelectuales (Inglaterra, Alemania y Francia), condujeron a concepciones disímiles sobre la naturaleza del trauma, pero que tenían en común la inclusión de algunos rasgos que se distinguían de los atribuidos al trauma mecánico y que sólo a posteriori serían definidos como atributos “psicológicos” plenamente independientes de los “orgánicos” (la latencia temporal entre el acontecimiento y la aparición de los síntomas, las diferencias semiológicas con las patologías claramente orgánicas, la participación de representaciones o de afectos en el proceso patogénico, etc.).

Al mismo tiempo, la misma noción de *psicologización*, a la que apelan numerosos historiadores (Hacking, 1995; Gauchet y Swain, 2000; Leys, 2000; Micale y Lerner, 2001), resulta compleja y debería ser problematizada. El pasaje de una noción completamente somática y mecánica del trauma a distintas versiones que incluyeron elementos psíquicos no puede ser visto como un salto brusco o una transformación global de un sentido al otro ni tampoco como el fruto del surgimiento de una nueva disciplina psicológica que sería plenamente autónoma de la medicina. Es cierto que en el ocaso del siglo XIX fue posible observar concepciones fundamentalmente psíquicas del trauma en las obras de Janet y Freud. Pero no deberíamos olvidar que antes de esto ya habían aparecido autores que, en el marco general de una concepción somática de la enfermedad, comenzaban a otorgarle naturaleza psíquica a alguno de los elementos que conformaban el trauma. Además, en oposición al relato habitual de las historias tradicionales, que mitifican el papel rupturista e innovador de los fundadores de escuela, ninguno de los dos discípulos más renombrados de Charcot pretendió inscribir su práctica y su teoría por fuera de la medicina hasta, al menos, bien entrado el siglo XX. Cuando se afirma que el psicoanálisis, desde su origen, habría

llevado a cabo una ruptura tajante con el pensamiento médico y habría atravesado las fronteras (que se suponen evidentes e inalterables) entre lo fisiológico y lo psicológico, sólo se logra invisibilizar un largo y múltiple proceso histórico que, en el interior de los saberes médicos, posibilitó la psicologización de la noción de trauma en la misma medida en que contribuyó a la construcción de cuerpos disímiles (el cuerpo lesionado de la anatomía, el cuerpo afectado en su funcionamiento de la fisiología, el cuerpo autómatas de la hipnosis) y a la delimitación de nuevas fronteras (absolutamente contingentes) entre la medicina y la psicología, entre lo somático y lo psicológico.

El carácter complejo de los procesos históricos que llevaron a la psicologización se vislumbra también en algunos desacuerdos presentes en los abordajes historiográficos sobre el tema. Por ejemplo, Ian Hacking hizo referencia a uno de los primeros trabajos extensos sobre el tema, escrito por Esther Fischer-Homberg, quien sostuvo la idea de que la psicologización completa del trauma se habría producido en el interior de la teoría freudiana y sólo después de 1897 (Hacking, 1995, p. 183). Entonces Freud habría concebido la posibilidad de que “eventos puramente psíquicos, fantasías de sexualidad infantil, pudieran producir neurosis” (Hacking, 1995, p. 183)¹. Pero esta afirmación resulta discutible. No sólo porque, como señala Hacking correctamente, “el trauma ya estaba bien psicologizado en la teoría de Freud de 1893-1897” (Hacking, 1995, p. 183); también porque aquel año coincidía con el abandono por parte del psicoanalista vienés de su “teoría de la seducción” y, por ende, con la introducción de la idea de que una neurosis podría surgir a partir de un conflicto psíquico aun cuando no hubiera ocurrido un acontecimiento traumático que la causase.

Para Hacking, la psicologización plena del trauma sólo habría tenido lugar a partir de *El automatismo psicológico*, de Pierre Janet, que sería “el primer trabajo en estudiar sistemáticamente las causas traumáticas de la histeria” (Hacking, 1995, p. 191). En cambio, Charcot seguiría concibiendo al trauma como un evento físico y no habría dado aun el paso para el establecimiento de un shock psicológico (Hacking, 1995, p. 188). Esta interpretación de la obra del médico de la Salpêtrière todavía conserva los resabios de una partición tradicional: el clínico francés habría permanecido enfrascado en la neurología y sólo sus discípulos más célebres habrían podido desprenderse de las ataduras nerviosas. Respecto de este punto, la lectura de Marcel Gauchet y Gladys Swain resulta más sutil y precisa,

pues si bien reconoce que Charcot seguía inscribiendo su trabajo en el terreno de la neurología, también ubica los elementos psicológicos que ya estaban presentes en su obra (Gauchet y Swain, 2000).

Distinto, aunque algo escueto, es el punto de vista de Ruth Leys. Para esta autora, “el trauma habría adquirido un significado más psicológico cuando fue empleado por J. M. Charcot, Pierre Janet, Alfred Binet, Morton Price, Josef Breuer, Sigmund Freud, y otras figuras del fin de siglo para describir el daño a la mente producido por shocks emocionales repentinos, inesperados” (Leys, 2000, pp. 3-4). La enumeración de autores permite evitar las hipótesis históricas más simples, que señalarían que el pasaje de las concepciones somáticas a las psíquicas tomó la forma de una ruptura abrupta y repentina causada por la genialidad de un único autor. Entre el trauma absolutamente somático, con lesiones comprobables, al cual remitía la antigua noción, y las versiones más psicológicas surgidas en el opúsculo del siglo XIX, sería necesario ubicar una serie de eslabones intermedios y no una transformación radical que hubiese permitido el pasaje automático de una acepción a la otra². Sin embargo, el libro de Leys no aborda esa serie, pues empieza directamente por Freud e inmediatamente se dirige hacia el siglo XX, impidiendo pensar el proceso previo de transformación.

Por nuestra parte, intentaremos detenernos en tres momentos, distintos pero vinculados, que iluminan bien la complejidad de procesos históricos que posibilitaron que la noción de trauma adquiriera un sentido psicológico. En primer lugar, la publicación en 1866 del libro *On railway and other injuries of the nervous system* (Erichsen, 1866), que presentaba casos de accidentados cuya lesión no era fácil de establecer pero que tampoco era sencillo acusar de simuladores. En segundo lugar, la publicación de *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesions, and Nervous Shock, in their surgical and Medico-Legal aspects* (Page, 1883), que constituyó una fuerte impugnación de las hipótesis vertidas en el trabajo de Erichsen recién citado. Finalmente, las clases de 1885 de las *Leçons sur les maladies du système nerveux* (Charcot, 1887), dedicadas casi íntegramente a la histeria traumática, que retoman desde una perspectiva nueva el debate establecido por las posturas respectivas de los dos autores anteriores. A partir de esto, esperamos poder fundamentar que el cambio de sentido de la noción de trauma no sólo se dio en etapas sino que respondió a procesos culturales extra-disciplinarios (como la extensión del ferrocarril y el establecimiento de seguros) así como también a

transformaciones epistémicas en los saberes médicos, que eran independientes y anteriores a la problemática específica del trauma (como el desarrollo de la fisiología por sobre la anatomía, o la utilización de la hipnosis con fines experimentales).

LAS VÍAS TRAUMÁTICAS

Es imposible abordar históricamente la psicologización del trauma sin hacer referencia al impacto cultural del ferrocarril y a las consecuencias económico-jurídicas de sus accidentes. El tren generó la posibilidad de que grandes masas de personas se desplazaran cotidianamente por centros urbanos, suburbanos y rurales, por un costo mínimo y recorriendo en pocas horas distancias que antes llevaban días. En cierto modo, hizo que la provincia, el país entero o, incluso, el continente se convirtieran en la nueva aldea que, sin llegar a ser global, acrecentaba las experiencias posibles en el marco de una vida. Pero, al mismo tiempo, el ferrocarril también aparecía como el símbolo del horror que el avance técnico podía introducir en la vida cotidiana. Un tren que descarrila, choca, vuelca, etc. introducía la posibilidad de la catástrofe repentina en los lugares y en las actividades en las que transcurría diariamente la vida de cualquier persona. Y esa catástrofe ya no se debía a la inclemencia de la naturaleza o al castigo divino: era el hombre quien, al forjar su progreso, generaba el horror.

El tren, maravilloso y horroroso, y su accidente, imprevisible y ansiosamente esperado, aparecían como unas figuras ambiguas que suscitaban nuevos problemas y requerían soluciones que también fueran novedosas. En principio, fueron uno de los factores primordiales que condujeron a la implementación de un sistema de seguros para afrontar las potenciales demandas que los usuarios del sistema ferroviario pudieran realizar en contra de las compañías de ferrocarril. En Gran Bretaña, la Compañía Aseguradora de los Pasajeros del Ferrocarril fue establecida en 1849. Como afirma Harrington, este hecho fue un reconocimiento implícito del temor creciente del público respecto de la seguridad ferroviaria (Harrington, 2001, p. 34). Dicho reconocimiento, lejos de generar tranquilidad, funcionaba como una admisión del carácter esperable de un accidente potencialmente trágico.

Luego, si las lesiones provocadas por un accidente ferroviario podían implicar un resarcimiento económico, se instaló con gran fuerza la discusión sobre el carácter real o simulado de los daños padecidos por los demandantes. Desde entonces, se generó el terreno para una disputa médico-legal donde los supues-

tos damnificados y los defensores de los intereses de las compañías aseguradoras y ferroviarias empujaban a los médicos peritos a pronunciarse sobre los casos particulares. En especial, sobre aquellos que no podían encasillarse fácilmente dentro de los polos extremos de las heridas comprobables o de la simulación franca. Fue en esa “zona gris” en donde comenzaron a ensayarse nuevas explicaciones sobre la patología nerviosa que conducirían, años más tarde, a nuevas concepciones del antiguo término médico del trauma.

LA BÚSQUEDA DE LA LESIÓN

El primer texto médico importante que intentó conjeturar sobre la naturaleza de dichas alteraciones fue escrito por John Eric Erichsen. Médico cirujano británico, que había escrito “un manual de cirugía general muy exitoso” (Harrington, 2001, p. 43), dedicó una serie de lecciones al tema de los accidentes ferroviarios y sus patologías mientras ofició de profesor en el University College de Londres. Esas lecciones se presentaban como el fruto de su trabajo como perito en defensa de los accidentados y seis de ellas fueron publicadas luego en forma de libro en 1866 bajo el título de *On railway and other injuries of the nervous system* (Erichsen, 1866). Dicho escrito constituye un buen ejemplo de las nuevas polémicas que se abrieron desde entonces en torno a la categoría de trauma y ofició, sin saberlo ni buscarlo, como el puntapié inicial para un proceso de transformación de los saberes y de las prácticas que se ocuparon de esos temas. Además, desde la fecha de su lanzamiento hasta al menos la década del 1880, el trabajo de Erichsen constituyó una referencia obligada de los especialistas médicos y de los peritos en los procesos judiciales. Tanto quienes pretendían demostrar la existencia de un mal causado por el siniestro como quienes pretendían negarlo, terminaban refiriéndose a sus ideas como el soporte donde legitimar su argumento o como el principal escollo a vencer para ganar la contienda epistémica o legal³.

Erichsen pretendía demostrar que el cuadro clínico estudiado no se reducía a los accidentes de ferrocarril, pues “los mismos efectos podrían ser causados por otros daños más ordinarios de la vida civil” (Erichsen, 1866, p. 22). En todo caso, siempre según óptica, el tren presentaría características que podrían incrementar la severidad del daño al sistema nervioso, pero esas particularidades no constituirían una diferencia cualitativa con otros accidentes, los cuales podrían llegar a ser tan nimios como un simple tropezón en una escalera y, aun así, quedar asociados al mismo síndrome (Erichsen, 1866, p. 55). Para el cirujano, este

punto era crucial: si los casos estudiados se inscribirían en una oscura enfermedad que sólo se desarrollaría a partir de los accidentes de tren, probablemente sus argumentos quedarían sometidos a más sospechas que si se trataba de una patología cuya existencia y su reconocimiento en el saber médico fuese anterior e independiente de las querellas legales por los desastres ferroviarios. Por eso precisaba separar el mal desarrollado de un único tipo de suceso, como si en la naturaleza de éste hubiera algo que determinaría por sí mismo el desarrollo de los síntomas. Por esta vía, Erichsen se alejaba de muchos de sus colegas contemporáneos quienes, a diferencia de aquel, sí creían que no podrían existir estos síntomas por fuera de este tipo de accidentes (Erichsen, 1866, p. 22).

El cirujano procuraba dirigir la atención hacia “ciertas lesiones y enfermedades de la espina derivadas de accidentes, a menudo de un carácter trivial - de choques (*shocks*) al cuerpo en general más que de golpes localizados en la espalda - y esforzarse para trazar el recorrido de los síntomas progresivos y de los efectos patológicos que a menudo siguen a tales lesiones” (Erichsen, 1866, p. 17). En esta frase, extraída del comienzo de la primera de las lecciones, se encuentran contenidos los tres elementos que el médico decimonónico se proponía enlazar: accidentes (que podrían ser triviales), lesiones espinales no convencionales (sin fractura o dislocamiento de la espina dorsal), síntomas de desarrollo progresivo.

Sin embargo, alcanzar dicho propósito no era una tarea sencilla, pues:

[se trataría de casos en los que] la ausencia habitual de evidencia de lesión física externa y directa, la oscuridad de sus síntomas tempranos, su carácter muy insidioso, el desarrollo lentamente progresivo de las lesiones orgánicas secundarias y de los desarreglos funcionales derivados de ellas, y el carácter muy incierto de la naturaleza última del caso (...) a menudo perturba al máximo la habilidad diagnóstica del cirujano (...) [y dificulta] establecer un lazo conector entre los síntomas y el accidente. (Erichsen, 1866, pp. 17-18)

Cuando es el mismo autor quien reconocía las dificultades para enlazar el accidente con los síntomas y para ubicar una lesión orgánica, ¿no sería más sencillo y conveniente abandonar la búsqueda de una localización anatómica y construir otra hipótesis, tal vez psicológica, que permitiese explicar mejor la naturaleza de estos males y el mecanismo en juego en el desarrollo de la enfermedad? ¿Acaso Erichsen no debería haber “visto” los componentes psicológicos que determinaron cada uno de sus casos? Quizás hoy

parezca evidente que esa zona gris no podía ser equiparada fácilmente con las enfermedades por lesión y haya quienes se vean tentados de señalar la ceguera de Erichsen en el mismo movimiento en el que reivindican la naturaleza psicológica de ciertas patologías y del trauma. Pero esta lectura presentista del pasado corre el riesgo de padecer una ceguera análoga a la que pretende denunciar, pues oculta dos elementos que consideramos necesario resaltar.

En primer lugar, el cuadro clínico descrito por Erichsen no coincidía exactamente con los casos estudiados en el marco de conceptualizaciones posteriores. Los síntomas no eran los mismos que aquellos padecidos por quienes fueron categorizados como víctimas de un shock general nervioso por Page o como histéricos por Charcot (o como PTSD de acuerdo a las categorías nosográficas contemporáneas). No se trata, pues, de un mismo cuadro que existiría y permanecería inalterado en todo tiempo y lugar y cuya única variación consistiría en el modo en que fue pensado por cada autor. Los síntomas que recortó Erichsen, los fenómenos que “vio”, mantenían una estrecha relación con el marco conceptual⁴ desde el cual abordaba a sus enfermos.

En segundo lugar, y en estrecha conexión con el señalamiento anterior, esa lectura presentista impediría apreciar los motivos por los que Erichsen no sólo veía ciertos síntomas y desatendía otros, sino que también “veía” lesiones difíciles de observar. Las razones de su mirada no residían en su mayor o menor genialidad o tozudez, sino en el modo en que fueron forjados los instrumentos conceptuales y prácticos a partir de los cuales abordaba su campo de experiencia. Cirujano y perito, su práctica estaba orientada por el saber que la anatomía patológica había estado produciendo desde los albores del Siglo XIX. Para esta área del conocimiento, el malestar debía ser codificado en los términos de unos signos visibles en la observación clínica, que debían corresponderse con una lesión anatómica localizable en una parte del cuerpo específica, tal como habían atestiguado las autopsias realizadas a los cadáveres de quienes, en vida, habían padecido de los mismos síntomas. Si esta lesión no podía ser localizada, la supuesta enfermedad (y el estatus médico de quien la trataba) podían quedar deslegitimados, como ha quedado ilustrado en la historia de la psiquiatría por las esperanzas y las decepciones que había generado la parálisis general progresiva.

Ahora bien, la anatomía patológica, en sentido estricto, poco podía decir de la etiología. Aun cuando fuera posible encontrar una lesión cuya existencia

produjera los síntomas observables en la clínica, nada podía decirse de aquello que la había generado. Como señaló lúcidamente Foucault:

Para Bichat y sus sucesores, la noción de sede está liberada de la problemática causal (...); ésta está dirigida hacia el futuro de la enfermedad más que hacia su pasado; la sede es el punto del cual irradia la organización patológica. No *causa última*, sino *centro primitivo*. (Foucault, 1963, p. 199. *Cursivas en el original*)

El propósito de Erichsen se encontraba entonces con dos escollos mayores: no sólo la falta habitual de “evidencia de lesión física externa y directa” (Erichsen, 1866, p. 17), sino también la incertidumbre sobre la causa de una lesión aun cuando ésta pudiera ser localizada. Dicha incertidumbre se incrementaba más todavía cuando entre la fecha del accidente y el momento del inicio de los síntomas se imponía un intervalo temporal considerable.

Quizás por esta razón, Erichsen decidió comenzar su argumentación con los enfermos que habían padecido un “golpe severo en la espina” y desarrollaban síntomas, aun cuando la herida orgánica no fuera evidente, y, a partir de ello, hacer “entender más claramente los fenómenos resultantes de las formas de daño más suaves” (Erichsen, 1866, p. 27). En este punto, su exposición se alejaba de la demostración cara a la anatomía patológica, con el cadáver sobre la mesa de operaciones. Su estrategia era, más bien, retórica: si era sencillo creer que un golpe fuerte en la espalda podría provocar una lesión aunque fuera difícil observarla, ¿por qué no podría ocurrir lo mismo en situaciones más nimias? En todos los casos, pretendía hacer creer Erichsen, la causa última de los síntomas sería un accidente que habría lesionado el organismo. Al mismo tiempo, el cirujano intentaba demostrar que el mal generado no era una oscura y nueva enfermedad, sino un cuadro clínico aceptado por ciertos sectores del saber neurológico de entonces: la ‘Comoción Espinal’ - *Concus-sion of the Spine* – (Erichsen, 1866, p. 27).

Las dos últimas lecciones estaban dedicadas a recapitular los caracteres generales de los casos que intentaba legitimar e inscribirlos en la lógica de las enfermedades por lesión. Uno de los rasgos más notorios sería la “desproporción que existe entre el accidente aparentemente insignificante (...) y el problema serio y real que ha ocurrido” (Erichsen, 1866, p. 72) Pero lejos de que esta característica pusiera en duda sus certezas, el cirujano encontraba allí argumentos para validar la existencia de una lesión. Desde su perspectiva, si la persona hubiese sufrido una quebradura ósea en los miembros, tal vez no hubiese padecido una lesión

nerviosa, como “si la violencia del shock se consumiera en la producción de la fractura o dislocación, y se evitara así la vibración de la más delicada estructura nerviosa” (Erichsen, 1866, p. 73)⁵.

Otro rasgo común en estos casos era el desarrollo lento y progresivo de los síntomas que, incluso, parecían incluir periodos de remisión sintomática. Respecto de este punto, Erichsen se inclinó por una afirmación taxativa: pese a las apariencias, en estos casos “*nunca hubo un intervalo de completa restauración de la salud*. Hubo remisiones, pero no completa y perfecta detención de los síntomas” (Erichsen, 1866, p. 84. Cursivas en el original). ¿Por qué tanto ahínco en afirmar que la recuperación plena nunca existió? Porque si admitía esa posibilidad, se debilitaría aun más el débil lazo causal entre un acontecimiento (que podía ser nimio) y los síntomas ulteriores. Por todas partes, Erichsen no dejaba de intentar entronizar al accidente como causa primera y eficiente del mal y a la lesión material en el cordón espinal como “causa directa” de los fenómenos patológicos (Erichsen, 1866, p. 84).

Por eso disentimos con Harrington, quien sostuvo que la actitud del cirujano era “ambigua” y que, dada la falta de evidencia de lesiones en la mayoría de los casos, el médico inglés se habría visto forzado a “distinguir los *shocks* ‘mentales’ o ‘emocionales’ de los *shocks* físicos y a aceptar, aunque sólo implícitamente, el rol causal del primero para provocar los desórdenes asociados con la espina ferroviaria” (Harrington, 2001, p. 44). Si algo quedaba claro tras la lectura atenta del libro es que Erichsen creía en la existencia de una lesión aun cuando no hubiera pruebas contundentes que la demostraran. En ese marco, el temor o las perturbaciones emocionales de un accidente de tren sólo podían ocupar dos lugares: o bien el de la descripción de un detalle superfluo de la experiencia subjetiva del accidente, o bien el de una consecuencia secundaria a la afección anatómica generada por la acción mecánica que operó en la colisión. La pregnancia de la anatomía patológica como marco para interpretar la experiencia era tan grande en el trabajo de Erichsen que no permitía ver ninguna incidencia patológica de otros factores, como aquellos que en el presente llamaríamos psicológicos. En sentido estricto, no hay aquí ningún esbozo de psicologización: un trauma seguía siendo aun una acción mecánica contra un cuerpo anatómico. Tan sólo aparecía recortada una nueva zona de problemas, donde los casos no encajaban tan fácilmente ni con la simulación franca ni con las enfermedades tradicionales por lesión, y presentaban nuevos rasgos distintivos (como la latencia en la aparición de los síntomas).

EL SHOCK FUNCIONAL

A pesar de la aceptación que tuvieron las ideas de Erichsen durante dos décadas, no tardaron en surgir hipótesis explicativas diferentes, que si bien admitían que el *shock* mecánico podía generar un daño al cordón espinal, tal como el médico británico sugería, remarcaban cada vez más el papel que las emociones podían tener en el desarrollo de las perturbaciones posteriores. La referencia de algunos autores, como Frederick Le Gros Clark (1870), a un “*shock* emocional” (p. 151) no implicaba considerar a la enfermedad o al trauma como perturbaciones de naturaleza psíquica. Para ciertos autores, los afectos generados en un accidente ferroviario (miedo, terror) podrían alterar el normal funcionamiento del sistema nervioso, pero no excluían la posibilidad de una lesión espinal, que seguía siendo buscada (Le Gros Clark 1870; Furneaux Jordan, 1873). Además, en esos textos las emociones no pertenecían a una esfera psíquica independiente sino que eran consideradas funciones del sistema nervioso. No obstante, si bien algunos autores seguían aferrados a los lineamientos de la anatomía patológica,⁶ paulatinamente comenzaba a surgir un nuevo marco epistémico desde el cual abordar estos fenómenos.

La crítica más contundente al famoso libro de 1866 apareció con la publicación de Herbert Page titulada *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesions, and Nervous Shock, in their surgical and Medico-Legal aspects* (Page, 1883). En el plano judicial, este médico se ubicaba en la vereda de enfrente de su antecesor, dado que trabajaba como cirujano en las Compañías Ferroviarias de Londres y del Oeste. Pero también era respetado por fuera del ámbito pericial, pues llegó a recibir el Boylston Medical Prize de la Universidad de Harvard en 1881, por una versión preliminar del libro publicado en 1883.

A diferencia de muchos de sus colegas que trabajaban en las empresas ferroviarias, Page no consideraba a la simulación como la única alternativa al pretendido carácter real y lesional de los síntomas posteriores a los accidentes de trenes. Más bien, este médico intentó construir una explicación alternativa a ambas opciones, que considerara a esas perturbaciones verdaderas y de carácter nervioso, aunque ya no dependientes de un daño anatómico en la espina. Por eso el título resulta un tanto engañoso. Según su perspectiva, en el terreno de los desastres ferroviarios, no se produciría una conjunción entre las *injuries of the spine* y el *nervous shock*. Más bien, estas dos opciones constituían una disyunción exclusiva: o

bien los accidentados padecieron un daño en la espina, como planteaba Erichsen, o bien su patología dependería de un *shock* nervioso sin lesión. Y en todo el libro intentó demostrar que la primera proposición no era verdadera.

El “*shock* general nervioso” (Page, 1883, p. 101) constituía un término cuya “falta de precisión - según sus propias palabras - aparece adecuada para describir la clase de casos - en los cuales - (...) el curso, la historia y los síntomas generales indican una *perturbación funcional* al balance o tono nervioso general más que un *daño estructural* a algún órgano del cuerpo” (Page, 1883, p. 143. Las cursivas son nuestras). La frase indicaba un cambio completo de posición, no sólo porque el médico estaba iniciando una interpretación alternativa de los accidentes ferroviarios, sino también porque comenzaba a adoptar un nuevo *marco conceptual* desde donde abordarlos.

Como vimos, la anatomía patológica sólo permitía considerar como médicamente legítimos a aquellos males que tenían asiento en una lesión localizable en el organismo. Para poder concebir una perturbación que fuera meramente funcional y, al mismo tiempo, que sea considerada verdadera por el saber médico, se precisaba recurrir a otro *marco*: el de la *fisiología experimental*, que desde mediados del siglo XIX venía ganando terreno en Francia, Alemania e Inglaterra.

Tradicionalmente, la fisiología no había sido más que una *anatomía animata* y como disciplina quedaba subordinada a esta última (Barona, 1991, p. 40). Por esta razón, las funciones vitales sólo eran estudiadas a partir de la referencia a la estructura. “El cuerpo era una jerarquía estática de órganos, cada uno con su función característica” (Danziger, 2010, p. 8). Luego, la sistematización de la práctica experimental en fisiología permitió no sólo la independencia de esta rama del saber respecto de la anatomía, sino también la posibilidad de constituir a las funciones como “objetos abstractos de investigación que podían involucrar muchos órganos así como procesos invisibles” (Danziger, 2010, p. 8). Desde esta perspectiva, una enfermedad podría desarrollarse a partir de unos procesos que no dejarían ningún tipo de marca visible en el organismo, más allá de la comprobación de la alteración de la función.

El modo en que Page adhirió a la perspectiva funcional no implicó, sin embargo, el comienzo de una práctica de investigación experimental. La fisiología actuó para él como una matriz conceptual que volvía concebible, por un lado, una patología meramente

funcional y, por otro lado, un cuerpo como conglomerado de funciones (más que como jerarquía estática de órganos)⁷.

Al mismo tiempo, su libro ilustraba un desplazamiento semántico de los términos comunes a los estudios médicos de estas patologías. En el texto de Erichsen el vocablo *shock* remitía a un choque mecánico sobre el organismo que, si bien podría no implicar un golpe directo sobre la espalda, afectaría la estructura del cordón espinal. En el libro de Page, la referencia anatómica parecía no desaparecer del todo cuando afirmaba que “estamos familiarizados con el término *shock* como sinónimo de un colapso que sería concomitante de todos los daños profundos y súbitos, sea que fueran infligidos sobre la cabeza o sobre alguna otra parte del cuerpo” (Page, 1883, p. 143). Pero, apenas unas páginas más adelante nos enteramos que:

El susto (*fright*) puede por sí mismo conducir a la condición reconocida como *shock* (...) Y la literatura médica está plagada de casos en los que las más graves perturbaciones funcionales, e incluso la muerte o la aniquilación de las funciones, habían sido producidas por el susto y sólo por el susto (Page, 1883, p. 147)

Como puede apreciarse, estas ideas admiten más términos psicológicos que las de Erichsen; pero tampoco constituyen una psicologización plena. El susto u otras características de la escena del accidente no perturbaban a un psiquismo ontológica o metodológicamente independiente, sino que producían “una profunda impresión sobre el sistema nervioso” (Page, 1883, p. 147). La intensidad de la emoción vivida operaría, en todo caso, en forma análoga a una corriente eléctrica aplicada sobre la sustancia viva. Usando a las experiencias con electricidad como modelo, se volvía concebible que un elemento como el afecto pudiera modificar el funcionamiento de los nervios aun cuando no dañase su estructura.

Así entendida, la concepción delineada por Page era completamente compatible con el saber fisiológico del fin de siglo y, por ello, podía incluir a la psicología como aquella dimensión que daría cuenta de las funciones más elevadas del sistema nervioso. A lo sumo, sólo a posteriori podría afirmarse que la inclusión de términos psicológicos en estos textos de fisiología estaba sentando las bases para que una explicación puramente psíquica del trauma fuera pensable alguna vez... pero no todavía. Por lo tanto, no podemos estar de acuerdo con Harrington cuando afirmó que Page habría construido “un nuevo modelo psicológico de la perturbación nerviosa post-traumática” (Harrington, 2001, p. 51). Preferiríamos decir que construyó un nuevo esquema fi-

siológico de la perturbación nerviosa que una emoción podía generar en una situación traumática.

Por otro lado, la introducción del susto permitía relativizar el peso determinante otrora otorgado a la experiencia actual. No sería el accidente en sí mismo sino la emoción por él generada la que causaba los síntomas. Por esta vía, se introducía la idea de que la patología no dependería sólo de las condiciones objetivas de la situación sino de las particularidades subjetivas de quien devino enfermo. Es cierto que muchas personas podían asustarse frente a una colisión ferroviaria, pero no todas lo hacían con un grado de intensidad tal que fuera capaz de generar la enfermedad. En palabras de Page, la incidencia (patógena o inocua) de una “alarma” debía “ser medida” por dos factores: “por los eventos del accidente en sí mismo”, es decir, por sus características intrínsecas y actuales, “y por el temperamento del individuo que resultó afectado”, o sea, por un elemento subjetivo y previo a la experiencia (Page, 1883, p. 149). De esta manera, el médico introducía un elemento de *predisposición* que estaba ausente en el pensamiento de Erichsen.

En el capítulo 5 del libro, que se presentaba como una continuación del tema del shock general nervioso, aparecieron en escena otros dos elementos que tampoco tenían lugar en la concepción de Erichsen, pero que volveremos a encontrar cuando nos ocupemos de las ideas de Charcot sobre el trauma. En primer lugar, la comparación del estado de *shock* nervioso (en ambos sexos) con la *histeria*. Casi en simultáneo (o aun antes) del intento de legitimación de la histeria masculina llevado adelante por el clínico francés, Page comenzaba a acercar los efectos sintomáticos de los accidentes ferroviarios a las perturbaciones histéricas, independientemente del género de quien los sufría. Algunas frases son ilustrativas de este momento de pasaje, gracias al cual la histeria dejaba de ser una enfermedad femenina y ginecológica, y el trauma dejaba de ser pensado únicamente en términos mecánicos y anatómicos. “Si en la vida cotidiana, las mujeres más que los hombres muestran signos de ser emocionales, excitables e histéricas, no es menos cierto que, como consecuencia directa del shock nervioso de una colisión ferroviaria, los hombres pueden devenir tan emocionales e histéricos como ellas” (Page, 1883, p. 172). Esta acepción de “histeria” era bastante laxa y parecía un sinónimo pseudo científico del término lego “nervioso”. No obstante, el autor intentaba darle un sentido más preciso, que nos permitirá dilucidar mejor su concepción sobre el mecanismo neurológico que estaría en juego en dichas patologías.

La condición ‘histérica’ (...) es esencialmente una en la cual hay una pérdida del control y debilitamiento de la fuerza de la voluntad (...) hay una pérdida del habitual poder de suprimir y mantener en la debida sujeción las sensaciones que están indudablemente asociadas con las variadas funciones de la vida orgánica del individuo. (Page, 1883, p. 175)

Como era habitual en el pensamiento médico de esa época, el esquema fisiológico de Page sobre la incidencia de las emociones en el sistema nervioso incluía también ideas evolucionistas sobre el desarrollo de las funciones nerviosas. “En el proceso de evolución hacia una estado más alto de actividad intelectual (...) se han vuelto más y más inconscientes las sensaciones que necesariamente acompañan la actividad funcional de los diversos órganos y estructuras del cuerpo” (Page, 1883, p. 175). Sin citarlo explícitamente, las ideas de Jackson, fundador de la neurología clínica, funcionaban aquí como marco conceptual explicativo. La patología avanzaría en sentido inverso de la evolución. La emoción generada por el accidente inhibiría a las instancias superiores y permitiría la irrupción de un funcionamiento más reflejo y emocional, más automático e inconsciente.

El segundo de los dos elementos comunes a los pensamientos de Page y de Charcot era la comparación del mecanismo patológico con la hipnosis. Según el historiador Eric Caplan, “al sugerir que algo análogo a un estado hipnótico explicaba no sólo la persistencia de los síntomas (...) sino también su desaparición, (...) Page había proveído uno de las primeras explicaciones exclusivamente psicológicas de la causa y de la cura de los síntomas engendrados por el trauma” (Caplan, 2001, p. 62). No podemos acordar con esta afirmación, pues niega el desarrollo progresivo y heterogéneo de la psicologización del trauma, y anticipa hechos que sólo tuvieron lugar unos años más tarde. Una explicación psicológica de las causas de estas patologías y del funcionamiento de la hipnosis, así como también la constitución de un tratamiento puramente psíquico, recién podrían ser encontrados en los trabajos de Janet y Freud de principios del decenio siguiente. En cambio, tanto Page como Charcot explicaban el *shock*, la histeria y la hipnosis en términos neurofisiológicos, aun cuando empezaban a incluir cada vez más nociones psicológicas en su vocabulario⁸. En palabras del médico británico, “el asiento primario de las perturbaciones funcionales” de estos cuadros “reside en el cerebro” (y no en un psiquismo que podría ser abordado en forma independiente a su sustrato orgánico); a su vez, tanto en el *shock* “como en el estado hipnótico inducido por una profunda impresión

mental, hay una detención temporaria en la funciones de la parte del sensorium que preside y controla los movimientos y las sensaciones de la periferia” (Page, 1883, p. 189). Definitivamente, Page pretendía inscribir sus ideas en el terreno de una neurología capaz de concebir funciones antagónicas que debían encontrar un equilibrio (Page, 1883, p. 190).

EL PODER DE LAS IDEAS

El libro de Page acercaba los síntomas de los accidentados a la histeria y a la hipnosis. El lazo entre estos dos últimos términos y el trauma se profundizó en la Salpêtrière. Durante las lecciones de 1885, dedicadas fundamentalmente a la histeria traumática, Charcot fue más allá de su primera hipótesis sobre una *lesión dinámica* que no provocaría daño en el tejido pero que afectaría a las mismas zonas del sistema nervioso que estarían dañadas en las enfermedades orgánicas (Charcot, 1887, p. 16). Esta hipótesis funcionaba como un híbrido mal formado entre una anatomía con vocación localizacionista y una fisiología preocupada por el funcionamiento. Pero a mediados del decenio, mudo del instrumento de la hipnosis, Charcot elaboró nuevas hipótesis sobre el trauma y el mecanismo patológico de la histeria, hipótesis que estaban pobladas de nuevos términos “psicológicos”, aun cuando su concepción siguiera siendo fuertemente monista y materialista (Gauchet y Swain, 2000, p. 87).

Las lecciones fueron inauguradas con la presentación de “seis casos de histeria masculina” (Charcot, 1887, pp. 249-298). La primera observación lo condujo a destacar el papel del “terror”, es decir, de un “elemento psíquico” que es posible encontrar en “algunos de los casos descriptos por Putman, Walton, Page, Oppenheim y Thomsem” (Charcot, 1887, p. 263). De todos modos, la permanencia de un marco anatómico y localizacionista seguía siendo clara, al menos, en la insistencia de la hipótesis de la lesión funcional.

Esta perspectiva comenzó a ser modificada en el siguiente grupo de clases, tituladas “Sobre dos casos de monoplejía braquial histerica, de causa traumática, en el hombre – Monoplejías histero-traumáticas” (Charcot, 1887, pp. 299-369). La hipótesis previa se sostenía en la suposición de una identidad de los síntomas de la histeria con los signos patológicos de ciertas enfermedades somáticas. Pero si la observación clínica rigurosa, que el mismo Charcot llevaba a cabo en cada presentación, permitía encontrar diferencias semiológicas entre los casos histéricos y los orgánicos, ¿podría seguir sosteniéndose la identidad del mecanismo patológico entre ambas patologías? ¿O habría

que concebir la posibilidad de que esos casos de parálisis histerica sin lesión fueran ocasionados por un mecanismo diferente? A partir de estas preguntas, se inició una nueva vía hacia la psicologización del trauma, donde el uso de la hipnosis y la sugestión cumplieron un papel fundamental, no sólo como técnica de investigación sino también como un modelo alternativo para pensar “el mecanismo de producción de esas parálisis hísticas traumáticas” (Charcot, 1887, p. 334):

Nosotros sabemos que, en los sujetos puestos en el estado hipnótico, es posible (...) hacer nacer por vía de sugestión, de intimidación, una idea, un grupo coherente de ideas asociadas, que se instalan en el espíritu a la manera de un parásito, permanecen aisladas de todo el resto, y pueden traducirse al exterior por los fenómenos motores correspondientes. Si esto es así, se concibe que la idea de una parálisis inculcada en una experiencia de este género, puede engendrar una parálisis real. (Charcot, 1887, p. 336)

Si se introducía a un sujeto en estado hipnótico, sería posible sugerir unas ideas que la persona, carente del poder de su consciencia y de su voluntad, no podría remover. Esas ideas impuestas se encontrarían aisladas o (para usar un término que luego será consagrado) *escindidas* de “esa gran colección de ideas personales desde hace largo tiempo acumuladas y organizadas que constituyen la conciencia propiamente dicha, el yo (moi)” (Charcot, 1887, p. 337).

De esta manera, armado con el instrumento y la matriz conceptual que le proporcionaban la hipnosis y la sugestión, Charcot retomó el análisis de los “dos casos” de monoplejías histero-traumáticas (cuyos nombres fueron abreviados en Porcz. y Pin.) incluyendo en su presentación a Greuz., una joven histerica que permanecía internada en la Salpêtrière desde hacía varios años. El clínico decidió hipnotizarla y le sugirió que tenía el brazo paralizado. Las características semiológicas de esa anomalía producida por sugestión eran distintas a las de las enfermedades por lesión e idénticas a las de ambos accidentados, por lo que Charcot se vio conducido a afirmar que en “*nuestros hipnotizados podemos obtener artificialmente, con la ayuda de la sugestión, la imitación perfecta de la monoplejía, determinada en nuestros dos hombres por un mecanismo en apariencia bien diferente, la acción de un agente traumático*” (Charcot, 1887, pp. 351-352. *Cursivas en el original*). Repitió luego la experiencia con una segunda histerica, Mesl., con los mismos resultados clínicos. Entonces, dio un paso más: de la equivalencia fenoménica a la identidad del mecanismo. “Esta diferencia” en el modo de producción de los síntomas, “en apariencia tan radical, noso-

tros estamos en condiciones de hacerla desaparecer” (Charcot, 1887, p. 354). Para lograr ello, en el estado hipnótico, utilizó una sugestión no verbal: golpeó suavemente a una de las enfermas histéricas en el mismo sitio del cuerpo donde habían recibido el impacto los dos hombres accidentados. Nuevamente, los resultados clínicos se equipararon y constituyeron la base para una identificación más profunda en torno a ambos elementos del procedimiento de investigación: el estado hipnótico y la sugestión.

Respecto del primer elemento, es claro que:

estos dos hombres no estaban en estado de sueño hipnótico al momento del golpe (...) Pero (...) es lícito preguntarse si el estado mental ocasionado por la emoción, por el choque nervioso (*Nervous Shock*) experimentado al momento del accidente (...) no equivaldría, en una cierta medida, en los sujetos predispuestos como lo eran ciertamente Porcz. y Pin., al estado cerebral que determinan en los histéricos las prácticas de hipnotismo. (Charcot, 1887, p. 355)

En esta frase nos volvemos a encontrar con una configuración conceptual análoga a la que intentamos reconstruir en relación al texto de Page. En un accidente, como por ejemplo las colisiones ferroviarias,⁹ sería posible que la intensidad de la emoción generase una perturbación en el funcionamiento del sistema nervioso tal que las funciones superiores, y en particular la consciencia y la voluntad, quedasen fuera de juego, y el sujeto ingresase en un estado equivalente al hipnótico.

Pero además operaría una sugestión. Ni en las histéricas hipnotizadas ni en los accidentados habría sido la acción mecánica del golpe la que habría tenido eficacia en la producción de los síntomas. Más bien, en ambos casos la sensación en el cuerpo “habría hecho nacer (...) la idea de impotencia motriz del miembro” que, “en razón de la obnubilación del yo” en la que se encontraban, “adquirió la fuerza suficiente para realizarse objetivamente en la forma de una parálisis. La sensación de la que se trató, jugó entonces en los dos casos el rol de una verdadera sugestión” (Charcot, 1887, p. 355-356). Como puede apreciarse, el trauma ya no operaba allí como golpe físico sino como una sugestión, que introducía una idea a espaldas de la consciencia y que, en esas condiciones particulares, adquiriría la capacidad de generar un síntoma. Como para confirmar este desplazamiento semántico y conceptual, en la misma clase el gran clínico calificó a este proceso como una “*sugestión traumática*” (Charcot, 1887, p. 357), siendo ésta, probablemente, la primera vez que el término

traumático se utilizó explícitamente para designar algo distinto a un impacto sobre el organismo.

Tenemos aquí, entonces, dos elementos psíquicos, la emoción y la idea, jugando un rol importante en el mecanismo de producción de síntomas histéricos, en el marco de una investigación que pretendía seguir siendo neurológica. Con estos elementos desempeñando un papel central, la psicologización del trauma se profundizó: el choque material, la acción mecánica, ya no determinaban la patología; el accidente tan sólo despertaría unas emociones que por su intensidad podrían perturbar el funcionamiento nervioso e introduciría unas representaciones capaces de imponerse más allá de la consciencia. Además, el acontecimiento actual por sí mismo no explicaba la patología: al igual que en el texto de Page, se precisaba una predisposición previa.

De todos modos, lo psicológico no constituía, para Charcot, una esfera independiente de la fisiología. La idea sugerida de impotencia motriz no actuaría sobre una mente separada del cerebro sino sobre “los centros motores corticales” (Charcot, 1887, p. 361). Operaría, entonces, como un proceso fisiológico de inhibición del movimiento voluntario. Coincidimos entonces con la lúcida descripción de Marcel Gauchet, quien definió al clínico francés como un “hombre – frontera: no el que atraviesa la frontera sino el que indica que hay una frontera que atravesar” entre lo fisiológico y lo psíquico (Gauchet y Swain, 2000, p. 163)¹⁰. Hasta el final de sus días, el maestro de la Salpêtrière siguió pensando que la psicología no era más que un modo de denominar a algunas de las funciones superiores de una parte del cerebro.

Sin embargo, esta posición fronteriza del clínico francés no debería ocultar el hecho de que el vocabulario utilizado en las explicaciones se había poblado de términos psicológicos que, si bien no terminaban de afirmar la existencia de un trauma (o de un inconsciente) puramente psíquico, contribuían a volver pensable y verosímil el papel patógeno que las emociones y las representaciones podrían tener sobre el cuerpo, aun en ausencia de una herida orgánica. De esta manera, su explicación del mecanismo formador de los síntomas histéricos delineó las bases de un esquema (accidente/emoción/escisión/idea/síntoma) que volveremos a encontrar de manera casi idéntica en los primeros trabajos de Janet y de Freud, aunque estos no se hayan sentido obligados a traducir rápidamente estos procesos al lenguaje localizador de los centros corticales.

VÍAS QUE SE CRUZAN, VÍAS PARALELAS

A lo largo del artículo, hemos intentado delinear un recorrido por los caminos que condujeron desde la tradicional noción de trauma como acción mecánica sobre el organismo hasta la idea de trauma psíquico. Estas vías fueron construidas a partir de diferentes problemas históricos que llegaron a cruzarse en la década de 1880, pero que hasta entonces se inscribían en historias y en regiones médicas diferentes: los accidentes ferroviarios y la neurosis histérica. A su vez, dependieron de otros procesos de transformación, independientes y anteriores a la temática del trauma, como el desarrollo del saber fisiológico y los intentos de medicalización de la hipnosis. Además, intentamos mostrar que el pasaje de la antigua a la moderna concepción del trauma implicó eslabones intermedios y fronteras difusas entre lo somático y lo psicológico, y también que todo el proceso de psicologización estudiado se desplegó siempre dentro del territorio médico y no en el interior de una disciplina psicológica cuya autonomía estaba aun por gestarse.

Quisiéramos subrayar, por último, que estas vías no llegaron a constituir un carril único, que conduciría necesariamente desde la anatomía a la psicología, como si se tratase del despliegue de una verdad que estaba a la espera de sus descubridores. La psicologización del trauma, compleja y dependiente de factores

contingentes y autónomos respecto de la temática específica, convivió siempre con tendencias a la somatización. En el mismo momento en que Janet y Freud comenzaban a “pasar al terreno de la psicología” (Freud, 1893/1986, p. 207) para explicar unos síntomas que no dependerían de la anatomía sino de una “concepción trivial, popular de los órganos y del cuerpo” (Freud, 1893/1986, p. 207) y de la asociación “subconsciente (*sic*) con el recuerdo del trauma” (Freud, 1893/1986, p. 209), otros autores siguieron delineando nuevas y sofisticadas concepciones somáticas del trauma. Tal es el caso Hermann Oppenheim, quien al introducir la categoría de “neurosis traumática” en 1889, intentó defender el carácter anatómico y cerebral de la patología, cuyo sustrato último residiría en “lesiones materiales finas” (Oppenheim, 1900, p. 741).

En definitiva, a lo largo de estas líneas intentamos destacar que el proceso de psicologización del trauma constituiría una de las vías privilegiadas para visibilizar que las transformaciones históricas producidas en las fronteras entre medicina y psicología no dependieron tanto de la genialidad o de la ceguera propia de cada autor, sino más bien de los marcos conceptuales desde los cuales se abordaba la experiencia, así como también de ciertos procesos culturales que crearon nuevos problemas y empujaron a crear nuevas respuestas.

NOTAS

1. La traducción es nuestra. Salvo en los casos en que se utilizó una versión editada en español, todas las traducciones de las citas vertidas en el artículo nos pertenecen.
2. Además, no debemos olvidar que nunca fue eliminada la posibilidad de concebir somáticamente al trauma, tal como es palpable aun hoy, con el auge de las investigaciones neurobiológicas en torno a la categoría clínica de PTSD. Como ocurre con muchas nociones y problemas que forman parte del territorio “psi”, en torno a la noción de trauma las tendencias a la “psicologización” conviven y disputan permanentemente con las tendencias a la “somatización”.
3. El historiador Eric Caplan recoge una ilustrativa serie de testimonios médicos (sobre todo de aquellos profesionales que trabajaban para las empresas de ferrocarril a ambos lados del Atlántico), donde es posible observar el peso que los planteos de Erichsen seguían teniendo aun en los comienzos del siglo siguiente. Por ejemplo, el médico Harold Moyer, quien trabajaba en Norteamérica para las empresas de ferrocarril, parecía quejarse amargamente en 1901 porque “el término conmoción espinal tal como fue usado por Erichsen hace casi 40 años, haya servido a la fundación de una extraordinaria superestructura que se ha mantenido década tras década a pesar de los avances en nuestro conocimiento sobre la patología neurológica” (Caplan, 2001, p. 59). La cita es ilustrativa de la importancia que adquirieron las hipótesis de Erichsen, así como también de la capacidad que tienen ciertas ideas científicas de perdurar en distintos ámbitos del imaginario colectivo aun cuando hayan perdido legitimidad en el campo del saber donde fueron acuñadas.
4. Por “marco (o matriz) conceptual” o “epistémico” (que a los fines de este artículo consideraremos sinónimos) entendemos a la trama de conceptos con la que se aborda la experiencia y delimitan el campo de lo pensable y de lo visible.
5. Aunque esta idea pueda resultar extraña, un razonamiento análogo, pero sostenido en un esquema conceptual muy diferente, aparecerá muchos años después en relación a los afectados de neurosis durante la Primera Guerra Mundial. Desde la perspectiva de muchos autores (entre los que se encontraba Freud) los soldados que sufrían heridas físicas en las batallas tenían menos probabilidades de desarrollar una neurosis de guerra que aquellos que permanecían ilesos.

6. Nuevamente, la búsqueda de un sustrato anatómico y lesional para los padecimientos nerviosos o psíquicos nunca fue clausurada, como lo atestigua la obra del creador del término “neurosis traumática”, Hermann Oppenheim (1900).
7. Al igual que para Erichsen la anatomía patológica funcionaba como marco conceptual y no como práctica de investigación.
8. A su vez, sus sucesores pudieron prescindir cada vez más de las referencias al sistema nervioso, aun cuando en sus concepciones psicológicas conservaron buena parte del armazón lógico que unía a los conceptos en estos esquemas fisiológicos.
9. Al finalizar la frase de Charcot recién citada, una nota al pie invitaba a pensar que un mecanismo de este género (donde la emoción generaría un shock o un estado hipnótico) operaba en los casos de *railway spine* (Charcot, 1887, p. 355. Nota 1).
10. Micale realizó una interpretación parecida al plantear que, en el proceso histórico de psicologización del trauma, “Charcot fue una figura transicional: aun trabajando dentro del reinado del paradigma neurofisiológico de su tiempo, con un énfasis en la anatomía y la biología de la herencia, concedió una mayor latitud causal al rol de las emociones – y de las ideas, agregaríamos nosotros – comparado con cualquiera de los escritores médicos anteriores” (Micale, 2001, p. 123).

BIBLIOGRAFÍA

- Barona, José Luis (1991.) *La fisiología: Origen histórico de una ciencia experimental*, Madrid, Akal.
- Caplan, Eric (2001). “Trains and Trauma in the American Gilded Age”. En: Micale, Mark y Lerner, Paul (eds.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 57-80.
- Charcot, Jean Marie (1887), *Leçons sur les maladies du système nerveux faites a la Salpêtrière*, Tome III, Paris, Bureaux du Progrès Médical.
- Danziger, Kurt (2010), “Historical roots of the psychological laboratory”. En: *Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Erichsen, John Eric (1866), *On railway and other injuries of the nervous system*, Philadelphia, Henry C. Lea.
- Foucault, Michel (1963), *El nacimiento de la clínica*, México D.F., Siglo XXI.
- Freud, Sigmund (1893/1986), “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”. En: Freud, Sigmund (1986), *Obras completas, Tomo I*, Buenos Aires, Amorrortu, pp. 191-210.
- Furieux Jordan, Thomas (1873), *Surgical Inquiries*, Nabu Press.
- Gauchet, Michel y Swain, Gladys (2000), *El verdadero Charcot*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Gros Clark, Frederik le (1870), *Lectures on the Principles of Surgical Diagnosis: Especially in relation to shock and visceral lesions*, London, John Churchill and Sons.
- Hacking, Ian (1995), *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton, Princeton University Press.
- Harrington, Ralph (2001), “The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crisis in Nineteenth-Century Britain”. En: Micale, Mark y Lerner, Paul (eds.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 31-56.
- Leys, Ruth (2000), *Trauma. A genealogy*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Micale, Mark y Lerner, Paul (eds.), (2001), *Traumatic Past: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Micale, Mark (2001), “Jean-Martin Charcot and *les névroses traumatiques*: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century”. En: Micale, Mark y Lerner, Paul (eds.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 115-139.
- Oppenheim, Hermann (1900), *Diseases of the nervous system*, Philadelphia y Londres, J. B. Lippincott Company.
- Page, Herbert (1883), *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesions, and Nervous Shock, in their surgical and Medico-Legal aspects*, Philadelphia, P. Blakiston, Son y Co.