

De la Excitabilidad al Afecto: la Emoción como Objeto Clínico en la Medicina Mental Ilustrada (1750–1795)

Rubén Darío Jiménez Rosado

Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

INFORMACIÓN ART.

Recibido: 19-6-2025
Aceptado: 27-11-2025

Palabras clave
régimen clínico,
psicopatología,
afectividad,
medicina mental

Key words
clinical regime,
psychopathology,
affectivity,
mental medicine

RESUMEN

Este artículo examina la constitución de la emoción como objeto clínico en la medicina mental británica entre 1750 y 1795. A partir de una lectura genealógica de la querella Battie–Monro y de la fisiología emocional de William Parpeter, se propone el concepto de “régimen clínico de la afectividad” para describir cómo ciertas racionalidades médicas transformaron el sentir en anomalía observable y tratable. Mediante análisis histórico-epistemológico, se muestra que, antes del surgimiento disciplinar de la psicología, ya operaban dispositivos de observación, técnicas de control y estilos de causalidad que reorganizaban la emoción como signo clínico y blanco terapéutico. El estudio concluye que esta reorganización anticipó formas modernas de gobierno afectivo, donde la sensibilidad fue medicalizada sin requerir aún una psicología explícita, configurando así una racionalidad clínica ilustrada sobre el cuerpo sensible.

From Excitability to Affect: Emotion as a Clinical Object in Enlightenment Mental Medicine (1750–1795)

ABSTRACT

This article examines the constitution of emotion as a clinical object in British mental medicine between 1750 and 1795. Drawing on a genealogical reading of the Battie–Monro controversy and William Parpeter’s emotional physiology, it introduces the concept of a “clinical regime of affectivity” to describe how certain medical rationalities transformed feeling into an observable and treatable anomaly. Through historical-epistemological analysis, it shows that even before the disciplinary emergence of psychology, observational devices, techniques of control, and styles of causality were already operating to reorganize emotion as a clinical sign and therapeutic target. The study concludes that this reconfiguration anticipated modern forms of affective governance, in which sensitivity was medicalized without requiring an explicit psychology, thus configuring an Enlightenment clinical rationality centered on the sensible body.

Introducción

Este artículo propone una lectura genealógica de la transformación del sentir en objeto clínico, mostrando cómo, entre 1750 y 1795, la

emoción fue progresivamente constituida como entidad observable, clasificable e intervenible en la medicina mental británica. Más que inscribirse en una historia de la psiquiatría o de la psicopatología, este trabajo se enmarca en una historia de los saberes, las prácticas

Correspondencia Rubén Darío Jiménez Rosado: rdjrosado@gmail.com

ISSN: 2445-0928 DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2025a29>

© 2025 Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)

Para citar este artículo/ To cite this article:

Jiménez Rosado, R.D. (2025). De la Excitabilidad al Afecto: la Emoción como Objeto Clínico en la Medicina Mental Ilustrada (1750–1795). *Revista de Historia de la Psicología*, 46(4), 21–29. Doi: [10.5093/rhp2025a29](https://doi.org/10.5093/rhp2025a29)

Vínculo al artículo/Link to this article:

DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2025a29>

y los regímenes clínicos, orientada a comprender cómo ciertas configuraciones epistémicas reorganizaron la afectividad como anomalía médica. Se parte de una afinidad metodológica con los estudios sobre la constitución histórica de objetos científicos y clínicos (Hacking, 2002; Daston, 1995; Scull, 1993), pero se avanza aquí hacia una exploración situada del modo en que el sentir deviene campo de intervención terapéutica.

La hipótesis que guía este análisis sostiene que, antes de la consolidación disciplinar de la psiquiatría, emergió una racionalidad práctica que permitió intervenir sobre el afecto sin necesidad de una psicología explícita. Esta racionalidad, aún inestable, articuló fisiología nerviosa, técnicas de observación y dispositivos de gobierno del cuerpo sensible, haciendo de la emoción una causa clínica y un blanco terapéutico. Lejos de ser una doctrina homogénea, se trató de una economía del sentir operada desde condiciones médicas, morales e institucionales que configuraron la afectividad como problema clínico.

Mediante el análisis de dos momentos clave, la disputa entre William Battie y John Monro en 1758 y la fisiología emocional propuesta por William Pargeter en 1792, se examina la emergencia de esta nueva objetualidad. En tensión con la tradición humoral, Battie y Pargeter formulan modelos en los que la emoción va más allá de ser solo un acompañante del juicio o la voluntad, para convertirse en una excitación sensorial con consecuencias diagnósticas y terapéuticas. En ese giro se delinear los contornos de una racionalidad que no es aún psiquiátrica, pero que ya configura dispositivos de saber y poder centrados en la regulación del afecto.

El concepto de régimen clínico de la afectividad, propuesto aquí como herramienta heurística, permite pensar esta reorganización no como la génesis de una especialidad médica, sino como la instauración de un modo histórico de intervenir sobre el sentir. No alude aquí a una formación disciplinar consolidada, sino a un conjunto históricamente situado de prácticas, saberes y técnicas que organizan el sentir como objeto médico. Se inspira en el uso foucaultiano de “régimen” como dispositivo de saber-poder (Foucault, 1963), pero también en las propuestas de Rheinberger (2010) sobre los modos operativos de producción de objetos en ciencias empíricas, y de Daston y Galison (2007) respecto de los estilos de objetividad. En este sentido, el régimen clínico no presupone una disciplina, sino una racionalidad práctica que ya configura condiciones de intervención. Al visibilizar estas operaciones genealógicas, el artículo busca contribuir a una historia crítica de los regímenes clínicos, donde la emoción aparece no como constante antropológica, sino como objeto constituido bajo condiciones epistémicas precisas y contingentes.

Este trabajo se distancia de los abordajes contemporáneos que conciben la emoción como experiencia subjetiva culturalmente moldeada (Plamper, 2012; Dixon, 2003; Frevert, 2011), al enfocarse en su estatuto de objeto clínico en un régimen pre-psicológico. A diferencia del giro afectivo centrado en discursos, expresividad o performatividad simbólica, lo que aquí se propone es una arqueología de las condiciones epistémicas y técnicas que transformaron el sentir en signo fisiopatológico y vector de intervención terapéutica.

Así, el artículo amplía la historia epistemológica de las ciencias clínicas al reconstruir la emergencia de un régimen de intervención sobre la afectividad, previo a la psicología moderna, en el que la

emoción se configuró como objeto clínico a partir de prácticas situadas y racionalidades médicas ilustradas.

1. Clasificar la Emoción: Hacia una Epistemología Histórica de la Afectividad Clínica

La constitución de la emoción como objeto clínico requirió, en primer lugar, su delimitación como entidad clasificable. A diferencia de las pasiones morales o los afectos filosóficos, cuya taxonomía operaba desde marcos teológicos o antropológicos, la emoción clínica debía insertarse en sistemas nosológicos donde pudiera distinguirse, nombrarse y ordenarse según criterios de observación médica. Esta operación clasificatoria supuso transformar la indistinción terminológica heredada de la tradición galénica en categorías susceptibles de diagnóstico diferencial y, eventualmente, de tratamiento específico.

El desafío epistemológico radicó en que, a mediados del siglo XVIII, el vocabulario disponible para describir alteraciones del sentir permanecía disperso entre lenguajes incommensurables. Términos como *melancholy*, *spleen*, *hypochondria*, *vapours* o *lunacy* circulaban sin criterios unificados, designando tanto estados humorales como perturbaciones morales, aflicción religiosa o desorden nervioso. Esta polisemia reflejaba la ausencia de un dispositivo epistémico que permitiera reorganizar el sentir como dominio autónomo de intervención. La clasificación emocional, en tanto práctica clínica, exigía una reconfiguración de las condiciones mismas de observabilidad del afecto.

El punto de inflexión en esta reconfiguración puede localizarse en la controversia que enfrentó a William Battie y John Monro en 1758. Esta disputa opuso dos modelos terapéuticos o institucionales, pero a la vez, confrontó dos modos incompatibles de hacer inteligible la locura. Battie propuso una fisiología sensorial que permitía observar, clasificar e intervenir sobre alteraciones del sistema nervioso; Monro defendió la autoridad galénica y la tradición humoral, donde la emoción permanecía subordinada a esquemas causales pre-establecidos. Lo que estaba en juego era, además de una reforma asilar sin precedentes, la posibilidad misma de constituir el afecto como campo autónomo de clasificación médica. Al examinar esta querrela desde una perspectiva epistemológica, se vuelve visible el proceso mediante el cual ciertas prácticas de observación, ciertos criterios de demarcación nosológica y ciertas técnicas de registro transformaron el sentir en objeto epistémico susceptible de ordenamiento taxonómico.

La emoción, tal como se constituye en esta confrontación, opera como un “objeto epistémico” en el sentido de Rheinberger (2010), una entidad cuya configuración resulta del sistema experimental que la interroga, caracterizada por su opacidad productiva y su indeterminación funcional, a diferencia de los objetos técnicos, cuya identidad y propiedades permanecen estabilizadas, esta noción permite comprender por qué la afectividad clínica ilustrada carece de definición unívoca previa, ya que las técnicas de observación sensorial de Battie, sus protocolos de aislamiento y sus registros de excitabilidad delimitarán progresivamente los fenómenos que cuentan como perturbación emocional. Battie y Pargeter articulan criterios diagnósticos sin disponer de una teoría unificada, su objeto

se estabilizará mediante iteraciones sucesivas de observación, clasificación y tratamiento, cada una redefiniendo parcialmente su identidad.

Esta estabilización requirió lo que Daston y Galison (2007) denominan un “régimen de objetividad”, es decir, un conjunto históricamente específico de normas, técnicas y valores epistémicos que determinan qué cuenta como conocimiento confiable. Los registros del *St. Luke's Hospital* operaron como dispositivos de inscripción que extraían eventos sensibles volátiles y los traducían en categorías médicas susceptibles de análisis serio, a saber, la frecuencia de episodios, la duración de estados, la correlación con tratamientos y las genealogías patológicas. En este proceso de inscripción quedan establecidas las dimensiones del sentir que resultan clínicamente relevantes y las que permanecen invisibles al registro. Al fijar la afectividad en formatos estandarizados, las tecnologías de observabilidad construyeron los umbrales que separan variación normal de anomalía patológica.

2. William Battie y la Sensorialización de la Locura

La disputa entre William Battie y John Monro en 1758 representa un punto de condensación epistemológica en el tratamiento de la locura. Más que un conflicto profesional entre el reformador del *St. Luke's Hospital* y el médico hereditario del *Bethlem*, el enfrentamiento cristaliza dos regímenes de verdad incompatibles. Battie propone una reorientación médica basada en la excitabilidad del sistema nervioso, la observación empírica y la posibilidad de cura. Monro, en cambio, defiende la tradición galénica y el saber acumulado. Rechaza la idea de una locura tratable mediante la regulación de la sensibilidad y la intervención sobre el sentir. En el fondo, se disputa la posibilidad misma de intervenir racionalmente sobre la afectividad como forma patológica.

Battie, médico formado en Cambridge y figura clave en la fundación del *Saint Luke's*, fue uno de los primeros en delimitar la locura desde una perspectiva fisiológica. En su *Tratado sobre la locura* (1758), propuso reemplazar los tratamientos violentos como sangrías, purgas y encierros indiscriminados por un abordaje centrado en la observación clínica, el control ambiental y la regulación de los estímulos sensoriales. Su estrategia consistió en desplazar el lenguaje tradicional hacia una explicación apoyada en la *natural sensation*, o sensación natural, entendida como el umbral fisiológico donde se originan las distorsiones perceptivas.

Su punto de partida fue una crítica a la confusión terminológica del discurso médico, donde términos como *lunacy*, *melancholy*, *spleen* o *hurry of the spirits* se empleaban de manera indistinta. Esta imprecisión impedía construir una definición útil para la intervención clínica. En lugar de apoyarse en síntomas periféricos o en teorías causales vagas, Battie propuso concentrarse en dos alteraciones fundamentales de la percepción: una intensificación patológica que distorsiona y genera malestar, y una debilitación que reduce la respuesta ante estímulos reales. Ambas indicaban un funcionamiento anómalo en los mecanismos fisiológicos responsables de la percepción emocional.

A partir de esta definición, Battie sostuvo que la locura debía entenderse como una perturbación sostenida de la imaginación. Para

él, lo que distingue al loco no es simplemente el error perceptivo, sino la adherencia firme a una creencia errónea en ausencia de estímulo. En sus palabras:

la imaginación engañada, la cual no es solamente una característica indisputable de la locura sino una esencial (sin la cual todos los síntomas accidentales serían removidos de nuestros pensamientos, no tenemos idea de qué permanecería anexado a ellos) discrimina con precisión éste de cualquier otro desorden animal: o que el hombre y solamente el hombre es propiamente loco, ya que es quien es completamente e inalterablemente persuadido de la existencia o de la apariencia de cualquier cosa que no existe o no se le aparece realmente, y quien se comporta de acuerdo con una percepción errónea (Battie, 1758, p. 6).

Esta concepción sitúa a la locura como un desorden de la sensación natural que produce percepciones falsas. El *Tratado sobre la locura* puede leerse, en efecto, como un tratado sobre la sensibilidad fisiológica. Así lo sugiere la estructura misma del texto, cuyos capítulos se titulan, después de la definición inicial, de forma reveladora: “la base fisiológica de la sensibilidad desordenada”, “las causas supuestas de la sensación natural”, “las causas reales de la sensación natural”, “los efectos saludables de la sensación natural”, y “las causas y efectos de la ansiedad y la insensibilidad, dos especies de sensación desordenada no ilusorias”, entre otros. A partir de estos principios, Battie desarrolla una explicación fisiológica del trastorno mental centrada en los mecanismos sensoriales.

Según esta teoría, los objetos externos son causas accidentales de la sensación, ya que su función es remota. Las causas necesarias residen en los cambios en la sustancia nerviosa, afectada por efectos intermedios como el movimiento, la presión o la excitación generada por los objetos. En palabras de Battie (1758):

Son cuerpos que se endurecen dentro de nuestra observación (muchos de los cuales están dentro de nuestro alcance), del mismo modo que el movimiento y el impulso de esos cuerpos, o de las partículas emitidas por ellos, sobre los órganos de los sentidos, los cuales no solamente tienen una clara idea de dichos objetos y efectos, sino una certeza de su existencia, movimiento e impulso [...] la presión de la sustancia medular contenida en los filamentos nerviosos es la causa inmediata de la sensación, y no el movimiento, el impulso o los objetos externos por sí mismos (p. 25).

Cuando la cantidad de afectación generada por un objeto no es proporcional a la afectación natural causada por sus efectos intermedios, se produce una sensación engañosa. Esta puede ser excesiva o insuficiente. Battie (1758) admite dos etiologías posibles para este fenómeno: un desorden propio de la sustancia nerviosa o una alteración provocada por factores externos. Estas dos formas corresponden a las especies de locura que denomina locura original (*original madness*) y locura consecuencial (*consequential madness*).

En la *locura original*, hay un problema desde el nacimiento en la sustancia medular que la vuelve incurable. En la *locura consecuencial*, en cambio, diversos eventos de origen externo, como una contusión, una inflamación, una congestión (no necesariamente anatómica,

también vivencial) o las secuelas de otra enfermedad, podrían generar una presión inusual en la sustancia medular capaz de provocar sensaciones engañosas. Esta presión no se limita al cerebro, puede localizarse en el estómago, los intestinos o el útero (Battie, 1758).

Battie (1758) sistematizó una serie de causas posibles de la *locura consecucional*, que abarcaban desde lesiones físicas (como exostosis del cráneo, inflamaciones o insolación) hasta agentes tóxicos, hábitos de vida y pasiones violentas. Aunque variadas en naturaleza, todas ellas compartían un mismo principio fisiopatológico: alteraban la presión, el equilibrio o la excitabilidad de la sustancia nerviosa. Esta apertura etiológica, que incluía tanto eventos corporales como afectivos, no respondía a una teoría unificada, sino a una economía explicativa centrada en la sensibilidad como punto de convergencia causal. De ahí que el modelo de Battie pueda considerarse un antecedente directo de las posteriores divisiones entre desórdenes funcionales y orgánicos, entre sociogénesis y organogénesis (Morris, 2008).

La distinción entre locura original y consecucional también implicaba una propuesta diagnóstica diferencial, apoyada en la genealogía clínica del paciente. Si el trastorno era biológico, sostenía Battie, ningún tratamiento social tendría eficacia, y habría que buscar en esa base fisiológica las pistas de la curación. En palabras que hoy podrían atribuirse a un psiquiatra biológico del siglo XXI, afirmaba:

Primero entonces, hay razones para temer que la locura sea Original, cuando ésta no se da después de un accidente, el cual pudiera ser juzgado como la causa externa o remota. Segundo, hay más razón para temer que, cuando este desorden es hereditario, es entonces Original, porque aunque en cada caso pueda haber excitación actual o pasada por una causa externa y conocida, son la extrañas rarezas que caracterizan a las familias enteras derivadas de los ancestros lunáticos, y la frecuente presencia de la locura real en la descendencia de las alianzas enfermizas, y la poca o nula provocación de la locura, fuertemente relacionada con los nervios o instrumentos de la sensación de aquellas personas que no han sido originalmente conformadas de forma perfecta y con los nervios similares a los de los otros hombres. Tercero, podemos afirmar con alto grado de probabilidad que la locura es Original, cuando aparece o desaparece sin ninguna causa asignable [...] La locura Original, si es hereditaria o intermitente, no es curable mediante ningún método con el cual la medicina en su estado presente cuente. (Battie, 1758, pp. 29, 62)

Este carácter hereditario amplía el valor clínico de la historia del paciente hacia una genealogía familiar, solo así puede saberse si el trastorno presentado participa de esas “extrañas rarezas” transmitidas por linajes patológicos. Battie es así artífice de la individuación etiológica de la locura, de su heredabilidad y del estatuto patogénico de las pasiones desbordadas. Ingram (1998) afirma con razón que después de Battie la locura puede ser vista como individual, “provocada por algo específico en la vida o personalidad individual, y la forma y progreso de la locura es derivada de la naturaleza de la imaginación individual” (Ingram, 1998, p. 112).

Esta comprensión del trastorno implicaba, para Battie, separar al paciente de todo contexto que pudiera alimentar su perturbación,

incluida la familia, los afectos y las presiones externas. El aislamiento era condición de posibilidad de la cura. Así, el tratado, escrito por un médico ilustrado y optimista, no solo proponía eliminar sangrías, purgas y vómitos, sino instaurar un nuevo régimen de observación, cuidado ambiental y control de estímulos (Morris, 2008).

El encierro, según Battie (1758), debía evitar excitaciones, ruidos, placeres intensos o actividades complejas. El espacio tenía que ser limpio, tranquilo, con una dieta simple, sin distracciones escandalosas. El objetivo era suprimir causas, controlar síntomas y prevenir recaídas. El tratamiento apuntaba a corregir los accidentes comunes que conducen a la locura consecucional. La regulación afectiva, es decir, la supresión de pasiones desmedidas, era central.

Así, el tratado de Battie, escrito por un médico formado en el ideal pedagógico de la Ilustración y convencido del potencial terapéutico de la observación y el orden ambiental, no solo inaugura una crítica a los métodos violentos como purgas, sangrías y vómitos, sino que establece un precedente doble: por un lado, funda las bases de un tratamiento psicosocial centrado en la regulación del entorno; por otro, abre la vía a una etiología biológica que concibe al loco como resistente al entorno por una alteración profunda en su aparato sensorial. El aislamiento, en ese marco, no busca castigo ni reclusión, sino contención fisiológica, reducir la excitación, limitar los estímulos e impedir que la imaginación, desprovista de control, se desborde.

Ingram y Faubert (2005) consideran a Battie y sus contemporáneos como los primeros médicos británicos del siglo XVIII que prestaron atención a lo que los pacientes decían. En sus palabras:

Una secuencia de médicos, en el periodo posterior [al siglo XVII], sin ser ellos mismos seducidos por la locura, tomaron en serio lo que sus pacientes les decían: John Woodward y Peter Shaw en las primeras décadas, William Battie en la década de 1750 y 1760, y Andrew Harper en la década de 1780, quienes llegaron incluso a declarar que “toda noción irracional o incluso caprichosa” debería ser vista de forma indulgente en la locura, y argumentaron enérgicamente contra el confinamiento tradicional (Ingram y Faubert, 2005, p. 18).

La observación es certera, pero romántica. No se trata de que los médicos escuchen al paciente como sujeto epistémico, lo escuchan como superficie excitada que necesita desahogo, el lenguaje aparece aquí como vía de evacuación, una especie de vómito mental cuya utilidad clínica reside en su capacidad de disipar los excesos del sentir. La palabra se drena, de modo tal que la cura se asocia a la parsimonia, no al esclarecimiento.

Lejos de reducirse a un gesto ilustrado de benevolencia terapéutica, el proyecto de Battie inaugura una gramática clínica del afecto, donde el cuerpo sensible es objeto de regulación, y la emoción, índice fisiológico de anomalía. Su Tratado anticipa un régimen terapéutico donde la sensibilidad deviene tanto medio de diagnóstico como blanco de intervención.

Este modelo será frontalmente cuestionado por John Monro (1758), médico del *Bethlem Hospital* y miembro de una dinastía médica que durante generaciones dirigió esa institución. Como ha señalado Scull (2001), Monro encarna la continuidad de una medicina asilar marcada por el pesimismo terapéutico y la negligencia clínica, hasta el punto de haber sido descrito como “sepulturero de la mente”.

3. Entre Juicio y Tradición: el Orden Clínico Según John Monro

El texto *Observaciones sobre el tratado del Dr. Battie* (1758), redactado por John Monro, representa una reacción defensiva ante el proyecto de reforma clínica propuesto por Battie. Lejos de considerar que la locura esté mal comprendida, Monro interpreta tal afirmación como una injuria directa a la tradición médica que él encarna. Si bien rechaza el uso de purgas y vómitos como métodos antimaniacales, tampoco acepta la redefinición de la locura como problema de la sensación natural. La imaginación puede ciertamente engañarse, concede, pero eso también ocurre en casos de hipocondría, histeria o embriaguez. A su juicio, tales engaños no bastan para definir clínicamente a un loco.

Para Monro, el núcleo del trastorno no reside en la sensación ni en la imaginación, sino en el juicio. Retoma para ello la autoridad de Areteo de Capadocia, médico del siglo I, quien distinguía entre los melancólicos, que perciben erróneamente, y los furiosos, que perciben correctamente, pero juzgan mal. Son estos últimos, afirma Monro, quienes encarnan la locura de su tiempo. El pasado clásico no es un recurso histórico o filológico, es un fundamento epistémico vigente y superior a cualquier experimentalismo contemporáneo como el de Battie.

Esta apuesta por el juicio como criterio diagnóstico se refleja en su atención a los cambios de hábito y costumbre. Un hombre callado que se vuelve ruidoso, un abstinencia que se entrega a la embriaguez, o una persona tranquila que desarrolla una conducta errática, serían para Monro signos más fiables de locura que cualquier teoría sobre la sustancia medular. Su modelo se sostiene en una observación empírica del comportamiento desviado, que no requiere de la reconstrucción fisiológica del sistema nervioso.

El tono del texto es iracundo, salpicado de sarcasmo y de una hostilidad apenas disimulada hacia las pretensiones reformistas de Battie. Monro ridiculiza su uso excesivo de sinónimos para la locura, y denuncia la ambigüedad conceptual con la que este se mueve entre sensación, imaginación y percepción. Acusa a Battie de haber inventado distinciones arbitrarias como la separación entre *locura original* y *locura consecuencial*, que no tendrían, según él, ningún precedente clínico ni validación en la literatura médica. “Las locuras divididas en original y consecuencial [...] son enteramente invenciones del doctor que nunca habían sido mencionadas por ningún escritor, observador o médico” (Monro, 1758, p. 21).

Monro rechaza la fisiología especulativa de Battie y niega de raíz la posibilidad misma de construir una tipología etiológica coherente para la locura. No considera que existan criterios observables que permitan distinguir entre una causa hereditaria y una adquirida, ni encuentra fundamento estructural alguno que legitime una diferenciación diagnóstica operativa. Para él, la historia clínica carece de utilidad frente a lo desconocido, y la noción de heredabilidad no añade nada si no puede ser anclada en una disfunción anatómica comprobable.

Para Monro (1758), no hay medicina posible más allá de los confines de lo demostrable por la tradición, de ahí que su crítica no articule un modelo rival, sino que se repliega sobre los márgenes que ha heredado, fijando ahí su punto de anclaje. Esta posición no se debe leer como simple conservadurismo, sino como la persistencia de una racionalidad insensible para inscribir el afecto como objeto clínico,

que no opera en un campo donde el afecto pueda ser pensado como entidad tratable. Su rechazo a la fisiología sensorial evidencia una medicina que se detiene ante lo que no puede incorporar. Como han apuntado Macintyre y Munro (2015), su permanencia en la psiquiatría británica respondió menos a innovaciones clínicas que a la fuerza de una tradición institucional.

Sobre el papel de las pasiones, reconoce que el enojo, la alegría desbordada o el susto súbito pueden producir desórdenes, pero insiste en que tales observaciones ya habían sido descritas por Areteo. En tono irónico, se burla de la inestabilidad argumentativa de Battie al considerar que “el amor, cuando es tomado como causa de ansiedad solamente, es una pasión turbulenta que provoca tumultos perpetuos; pero cuando es introducido como causa del gran mal que es la locura, la turbulencia se detiene, y se convierte en una gentil y quieta pasión” (Monro, 1758, p. 32).

Quizás, como afirma Ingram (1998, p. 120), “su panfleto principalmente consiste en disputar punto por punto la mayoría de afirmaciones hechas por Battie [...] Pocos escritores, incluidos no psiquiatras, han alguna vez escrito un documento que tan descaradamente hable en cada página de la renuencia sobre la existencia de otro texto”. Frente a él, Battie reordenó la sintaxis clínica e instituyó una nueva gramática terapéutica centrada en la fisiología sensorial y el entorno como modulador afectivo. Como ha señalado Porter (2002, p. 105), su figura encarna “un nuevo optimismo ilustrado” que se opone al pesimismo terapéutico de Bethlem.

Esta disputa tuvo lugar en un vacío clínico en el contexto de un mercado emergente, el *mad-trade*. Como ha subrayado Scull (2001), más allá de sus diferencias doctrinales, tanto Monro como Battie eran parte de un gremio en expansión, dispuesto a compartir los beneficios del creciente negocio de la locura. Los hospitales eran instituciones privadas, altamente lucrativas, dirigidas a una clientela pudiente que exigía formas profesionalizadas de intervención médica. Por el contrario, las clases populares permanecían fuera de este sistema, recurriendo a redes familiares, religiosas o caritativas. Es aquí donde el gesto reformista de Battie, con todo su humanismo ilustrado, debe ser matizado: inauguró un nuevo régimen de observación clínica, pero también un nuevo umbral mercantil.

Esta racionalidad se ejercía sobre el cuerpo sensible, pero a la vez producía dicho cuerpo como un objeto medible y manipulable, el paciente ya no era simplemente observado, sino moldeado por el modo en que era clasificado, confinado y tratado. En los registros del St. Luke's Hospital, por ejemplo, se documentan casos en los que la “obediencia progresiva” del paciente era señal de mejoría, por una respuesta conductual al régimen de estímulos y aislamiento, más que por una remisión del delirio (Scull, 1993). La recuperación se medía por la capacidad del interno de adaptarse al protocolo institucional, antes que por el esclarecimiento de su afección. La locura, así, se performaba como modulación de la conducta esperada. En términos de Hacking (2002), la clasificación orientaba un proceso de normalización que reorganizaba el comportamiento como forma de vida clínica.

En esta economía, el paciente comienza a hablar con el lenguaje que se le impone, como cuerpo que responde, calla, obedece o se agita según los márgenes de tolerancia afectiva delimitados por el terapeuta. El encierro buscaba conducir el gesto, domar la intensidad y verificar la docilidad, así la afectividad se volvía criterio de institucionalización.

Hacia 1780, el modelo terapéutico delineado por Battie comenzó a transformarse en un sistema de vigilancia personalizada entre médico y paciente que Laffey (2003) ha caracterizado como *charismatic stewardship*: una forma de tutela afectiva sustentada en la autoridad moral del terapeuta y su capacidad para imponer, mediante gestos, firmeza y teatralidad, un control conductual con base emocional. Este régimen desplazaba el tratamiento desde la regulación ambiental hacia una economía del vínculo, en la que la obediencia no se obtenía por supresión de estímulos, sino por persuasión, castigo y recompensa.

Esta lógica performativa se intensifica con figuras como Francis Willis, cuyo tratamiento del Rey Jorge III ilustra la dimensión escénica de la gestión afectiva. Según testimonios de la época, el monarca pasó de la agitación incontrolable a una aparente sumisión tras ser sometido a un régimen de vigilancia personal y emocionalmente dirigido. No hay indicios de que Willis aplicara técnicas médicas diferenciadas, su método consistía en establecer una autoridad moral cuyo peso recaía en la mirada, el gesto y la firmeza emocional del terapeuta (Pearce, 2017). El paciente reaccionaba a la disposición afectiva del médico, que funcionaba como espejo regulador de la conducta.

En este dispositivo, la cura consiste en la adhesión a una *forma de estar*. El loco es “curado” cuando encarna la actitud que el régimen espera de él. Así, la emoción se convierte en tecnología de control y en vector de subjetivación clínica. Lo que Hacking (2002) denomina “tipo interactivo” se encarna aquí como una forma de obediencia afectiva inducida: el enfermo se transforma en paciente cuando su sentir se alinea con la expectativa terapéutica.

Este modelo, aunque médico en su forma, comparte con ciertas prácticas religiosas y pedagógicas una lógica de autoridad basada en la irradiación moral del terapeuta. La cura depende del ascendiente personal del médico, que actúa como figura de vigilancia afectiva, una modalidad de conducción próxima a la dirección espiritual o al adoctrinamiento disciplinario. La trayectoria de Francis Willis encarna esta ambivalencia: formado como clérigo anglicano y rector en Oxford antes de ejercer la medicina, su autoridad emanaba de su capacidad de imponer orden y docilidad con su sola presencia. Como ha documentado Pearce (2017, p. 198), “la benevolencia de su disposición fue atestiguada por las lágrimas que lo siguieron a la tumba”, y su método consistía menos en prescripciones terapéuticas que en una vigilancia paternal sostenida por el vínculo emocional.

Aunque nunca llegó a formalizarse como doctrina ni consolidarse como escuela, el *charismatic stewardship* dejó huella en múltiples instituciones posteriores: casas de reclusión, internados, reformatorios, hospicios. En estos contextos, la gestión afectiva se convirtió en forma habitual de control, donde la eficacia dependía del temple del cuidador. El loco como una criatura impresionable a la que convenía domesticar¹.

Lo que Willis introduce, aunque sin formularlo conceptualmente, es un desplazamiento en el estatuto clínico del afecto. En el modelo de Battie, la emoción del paciente era objeto de intervención indirecta mediante la regulación del entorno: el aislamiento, la supresión de estímulos y el control dietético operaban sobre la excitabilidad nerviosa sin requerir una relación terapéutica propiamente dicha. En Willis, la emoción deja de ser únicamente el blanco de la intervención para convertirse también en su vehículo: la firmeza afectiva del médico, su capacidad de imponer presencia, funciona como tecnología de sujeción. El afecto circula ahora entre terapeuta y paciente como medio de gobierno clínico. Este desplazamiento, del entorno al vínculo, de la modulación indirecta a la circulación intersubjetiva, prepara el terreno para la formalización que Pargeter ensayará con su técnica del *catching the eye*, donde la mirada del médico captura la del paciente como condición de toda eficacia terapéutica ulterior.

Este régimen no reconoce al paciente como sujeto epistémico, lo imagina como un ser incompleto que debe ser enderezado mediante una pedagogía emocional de la firmeza. ¿Qué lugar ocupa, entonces, el enfermo dentro de esta escena? Ya no es un cuerpo que se trata por medios físicos, pero tampoco es aún una voz que pueda producir sentido. Es, más bien, una superficie sobre la que se ejerce el poder a través de la presencia. La obediencia emocional sustituye a la comprensión como criterio de éxito. Como evidencian los testimonios recogidos por Smith (2017, p. 374), el tratamiento no buscaba remover la causa del delirio, sino establecer un clima de sumisión estable. La mirada, el aislamiento, el miedo como umbral: todos eran recursos para reconfigurar la sensibilidad sin necesidad de argumentar.

Lo que se consolida aquí no es solo una nueva técnica de trato, sino una racionalidad médica que convierte el afecto en territorio operativo. Ya no basta con reducir la sobreexcitación nerviosa: se trata ahora de modelar la sensibilidad, de intervenir en el vínculo como escenario terapéutico. La técnica cede lugar a la disciplina, y el trastorno ya no se trata, se gobierna.

Es precisamente en ese umbral entre la medicina del sensorio y la gestión afectiva de la obediencia, donde irrumpirá William Pargeter para reformular esta práctica como principio psicológico. Su obra comienza a escuchar el modo en que esta se constituye, se desordena y se reorganiza desde el interior mismo de la experiencia afectiva. Si Battie había fisiologizado el trastorno del sentir, y Willis regimentado su obediencia, Pargeter será quien inicie su interrogación racional.

4. De la Observación Clínica al Gobierno Afectivo: Pargeter y la Economía del Sentir

En *Observaciones sobre los desórdenes maniacales* (1792), William Pargeter concibe la manía y la melancolía como expresiones de un mismo proceso fisiopatológico. El paciente maniaco atraviesa con frecuencia estados melancólicos, y lo que comienza como melancolía puede evolucionar hacia una manía. Ambos estados están vinculados a dos condiciones cerebrales: la excitación, definida como una alteración en el movimiento de los fluidos nerviosos, y el colapso, entendido como una disminución mórbida del tono cerebral: “El ejercicio perfecto de nuestras facultades intelectuales requiere cierta igualdad en la excitación de cada parte del cerebro; y el delirio [...]

¹ Aunque no existe una historiografía consolidada que caracterice al *charismatic stewardship* como modelo formalmente transferido a instituciones como reformatorios, hospicios o casas de reclusión, esta interpretación se apoya en paralelismos estructurales señalados por estudios clásicos sobre instituciones de control afectivo y disciplinario. Véase, por ejemplo, Goffman (1961) sobre la gestión emocional en instituciones totales, y Hamlin (2001) sobre las formas de vigilancia moral en la filantropía médica. Estos dispositivos, aunque posteriores, reproducen la lógica de domesticación interpersonal característica del *stewardship*.

parece depender de una excitación desigual de diferentes partes” (Pargeter, 1792, p. 7).

Este modelo otorga a las emociones un lugar central en la etiología de la locura. Las pasiones intensas y repentinas generan una excitación localizada que interfiere con el orden habitual de las ideas, produciendo confusión y trastorno del juicio. En algunos casos, provocan daño permanente (Pargeter, 1792). La manía aparece así como un estado emocional intensificado y localizado.

Pargeter distingue dos formas de manía: la furibunda, causada por una excitación cerebral aguda, como la que acompaña a la ira, y la tranquila, asociada al colapso de regiones cerebrales activas durante la pena. Ambas comparten un fundamento común: alteraciones físicas específicas que actúan como causas próximas del desorden, entre las que se incluyen “afecciones tóxicas del cerebro, derrames de líquido, osificaciones no naturales y causas de ímpetu incrementados en la sangre y la cabeza” (Pargeter, 1792, p. 10). No hay para Pargeter manía sin trastorno corporal real. Incluso al usar términos como ímpetu o excitación, se mantiene en una explicación materialista, compatible con los modelos de Battie y Monro.

Distingue además entre causas próximas y remotas. Estas últimas incluyen factores psíquicos o emocionales, pero entendidos como perturbaciones nerviosas. Afirma que “el miedo a menudo produce locura permanente” y que “el miedo grande y habitual está acompañado de una desperdicio o depresión inusual del poder nervioso, por lo cual la circulación es menos vívida [...] y de allí una excreción disminuida” (Pargeter, 1792, p. 16). Las emociones operan como causas inmediatas y predisposiciones sistémicas, anticipando una idea de vulnerabilidad constitucional sin abandonar el vocabulario humoral.

Otra causa de locura señalada por Pargeter (1792) es el uso excesivo de la razón. No lo atribuye a una racionalidad mórbida, como siglos después surgirá en el marco de la psiquiatría fenomenológica, sino al trabajo desigual de la sensibilidad cerebral, considerando que el estudio intenso o la atención exclusiva a un objeto excitan desproporcionadamente una parte del cerebro, agotándola y debilitando las demás. De igual forma, la meditación prolongada o el pensamiento obsesivo tensan excesivamente ciertos nervios, en ese tenor, el fanatismo, entendido como entusiasmo religioso excesivo, se considera un factor patológico por sus efectos físicos.

Introduce también una dimensión hereditaria: “Cuando la locura existe en la sangre de las familias, y aparece en varias líneas del linaje (*pedigree*), las alianzas mal concertadas siempre tienen una tendencia general a la enfermedad” (Pargeter, 1792, p. 37). La locura se hereda no sólo como disposición moral, sino como fragilidad fisiológica acumulada. Así, su modelo multicausal combina lesiones cerebrales, pasiones desordenadas, hábitos intelectuales, devoción excesiva y herencia degenerativa.

El tratamiento que propone responde a una estrategia de contención física que parte del control de la excitación cerebral, logrado mediante una técnica intersubjetiva denominada “cazar el ojo” (*catching the eye*), la cual consiste en que el médico logre fijar la mirada del paciente en la suya desde el primer encuentro, con el fin de establecer un vínculo jerárquico que permitiera la eficacia de los tratamientos posteriores, a saber, abstinencia de alimentos o estímulos, sangrías, ventosas, fomentos, drenajes, cortes y métodos catárticos (Ingram, 1998).

Como señala Laffey (2003), los médicos del periodo aún no habían desarrollado una teoría diferenciada del tratamiento psicológico. El encierro restaurador de Battie o el control ocular de Pargeter operan sobre un cuerpo nervioso. La mente, cuando aparece, funciona como equivalente moral del sistema nervioso. El comportamiento resulta del movimiento del fluido humoral o del líquido nervioso. De modo que, la afectividad deja de ser manifestación subjetiva y deviene objeto clínico localizado, observable, tratable y heredable. En esta fisiología moralizada del sistema nervioso se delinean los contornos de un régimen clínico de la afectividad que aún no requiere de psicología, pero ya opera sobre cuerpos sensibles administrados médicamente. Como ha sugerido Porter (1991), el auge de una medicina que se arroga la capacidad de interpretar y reordenar la vida emocional del paciente responde a una reorganización autoritaria de la experiencia del sufrimiento. La figura del médico como experto en la economía del sentir no deriva de un saber acumulado por los propios pacientes, sino de una racionalidad técnica que redefine sus expresiones como síntomas.

La obra de Pargeter representa uno de los intentos más sistemáticos del siglo XVIII por describir la locura desde una fisiología afectiva del sensorio, sin recurrir aún a categorías psicológicas. Según Berrios (1996), se trata de un modelo observacional rico, pero no disciplinado por una psicopatología formal, en donde las emociones no son entidades autónomas ni indicadores simbólicos, sino perturbaciones físicas localizadas que alteran la distribución del fluido nervioso. La manía, la melancolía o el fanatismo religioso se conciben como efectos somáticos de una sensibilidad disgregada por la excitación desigual de sus partes. Este naturalismo clínico, aunque articulado con minuciosidad, no alcanza a constituir una arquitectura teórica unificadora. En esta línea, la estrategia ocular de Pargeter representa una forma incipiente de vigilancia afectiva. Lo que Porter (1991) llama “hacer historia desde abajo” exige, justamente, atender a estas tecnologías de sometimiento que transforman la palabra en obediencia y la mirada en jerarquía emocional.

Esa tarea será emprendida por Erasmus Darwin, quien convertirá estas observaciones en componentes de una fisiología general del cuerpo animado. En su *Zoonomia* (1794–1796), Darwin describe el *sensorium* como sede única de todos los procesos vitales, mentales y emocionales, e introduce un sistema clasificatorio en el que la afectividad deja de ser una fuente de desorden y deviene una función básica del organismo. A partir de esta reorganización, los afectos dejan de ser síntomas clínicos o causas próximas para convertirse en modos de respuesta del cuerpo ante estímulos, con propiedades heredables y patrones observables, lo que irá allanando el camino para una visión plenamente moderna de las emociones, es decir, una ruptura con la raigambre moral del concepto pasión del que hasta ese momento funciona como sinónimo.

Este giro inaugura una medicina sensorial donde la emoción deviene objeto clínico y, simultáneamente, unidad funcional de una fisiología del comportamiento. Aunque esta reorganización aún no ha adquirido forma institucional, Pargeter, como señala Roy Porter (1995), representa una de las figuras clave en la transición ilustrada que transforma el saber médico sobre la locura en un conocimiento clínico articulado, con pretensiones empíricas y capacidad de intervención. Su práctica no solo se inscribe en la emergencia de un

nuevo régimen de racionalidad terapéutica, sino que anticipa formas de gobierno afectivo que serán decisivas para la psiquiatría del siglo XIX.

Al presentar la emoción como fuerza fisiológica localizable y modulable, y al organizar su tratamiento en torno a técnicas de observación, persuasión y dominio sensorial, Pargeter inaugura un umbral en la medicalización del sentir que, sin consolidar aún una psicología clínica, da forma a los dispositivos terapéuticos que regirán en el asilo terapéutico.

Conclusión

La constitución de la emoción como objeto clínico en la medicina mental británica entre 1750 y 1795 debe ser comprendida como una reconfiguración epistémica situada. Lo que este artículo ha mostrado es la emergencia de un modo específico de intervención sobre el sentir, donde la emoción comienza a ser organizada como signo, causa y vector terapéutico, en un contexto aún no psiquiátrico, pero ya clínico. Esta reorganización se apoya en estilos de causalidad, dispositivos de observación y tecnologías del encierro que, sin formar una teoría cerrada, instituyen condiciones de posibilidad para que el afecto devenga anomalía tratable.

La reconfiguración del sentir como objeto clínico que aquí se ha examinado adquiere mayor relieve cuando se la sitúa frente al régimen epistémico que la precedió. Como ha mostrado Gowland (2006) en su estudio sobre el saber renacentista de las perturbaciones anímicas, el vocabulario de las pasiones operaba en el humanismo tardío bajo una lógica predominantemente moral y filosófica: las alteraciones del ánimo eran materia de examen ético, de crítica social y de reflexión teológica sobre la condición humana. El diagnóstico de una perturbación no remitía a un aparato sensorial localizable, sino a un juicio sobre la *stultitia*, la incontinencia o el desorden de la voluntad. Lo que Battie y Pargeter efectuaron fue precisamente sustraer el afecto de ese entramado moral-filosófico para reinstalarlo en una gramática fisiológica: la emoción dejó de ser índice de vicio o virtud para devenir excitación nerviosa mensurable, con causas próximas y remotas, susceptible de pronóstico y tratamiento. Esta operación, que el presente artículo ha rastreado en la querella de 1758 y en la fisiología emocional de 1792, marca el umbral a partir del cual el sentir pudo ser constituido como anomalía observable, inaugurando un régimen de intervención que prescindía de la psicología moral sin requerir aún una psicología científica.

En el análisis precedente se ha mostrado cómo los registros del *St. Luke's Hospital* operaron como dispositivos de inscripción que traducían eventos sensibles volátiles en categorías médicas susceptibles de análisis seriado. Esta función documental del hospital constituyó una de las condiciones materiales mediante las cuales la emoción adquirió visibilidad clínica. Andrews y Scull (2001), en su estudio sobre la figura del *mad-doctor* en la Inglaterra del siglo XVIII, ofrecen un marco para comprender esta dimensión institucional; su noción de sepulturero de la mente (*undertaking of the mind*), señala este oficio como el hacerse cargo de la mente como empresa profesional, iluminando lo que la querella Battie-Monro deja entrever: la locura se gestionaba mediante tecnologías de observación, registro

y regulación conductual cuya eficacia era independiente de una teoría unificada. Esta perspectiva refuerza el argumento central del presente artículo, a saber, las prácticas clínicas delimitaron progresivamente qué fenómenos contaban como perturbación afectiva antes de que existiera un marco psicopatológico que los codificara. El objeto "emoción", tal como emergió en Battie y cristalizó en Pargeter, se estabilizó mediante iteraciones sucesivas de práctica institucional, anticipándose a cualquier consolidación teórica.

Investigaciones recientes sobre otros contextos europeos sugieren que la reorganización epistémica aquí examinada trasciende el marco británico. Labarca (2021), en su estudio sobre los procedimientos de interdicción en la Toscana del siglo XVIII, muestra cómo familia, derecho, medicina y administración ducal convergían en la gestión de la locura mediante categorías legales genéricas (*pazzo, demente, prodigo*) que permanecían superpuestas y flexibles. Las descripciones efectivas de la perturbación mental se centraban en indicadores como la incapacidad de controlar las emociones, la alteración de los vínculos familiares o la extravagancia en el trato social. Esta configuración señala un régimen epistémico análogo al británico, en el que el afecto se constituía como objeto a través de prácticas situadas de negociación entre actores heterogéneos. La convergencia invita a formular una hipótesis de alcance más amplio: el tránsito de la excitabilidad al afecto como objeto clínico, que este artículo ha rastreado en fuentes británicas, pudo haber operado simultáneamente en distintos contextos europeos bajo presiones institucionales comparables. Esta reorganización práctica de las condiciones de observabilidad e intervención sobre el cuerpo sensible habría configurado, dispersamente, las condiciones de posibilidad para que en el siglo XIX emergiera una psicopatología formalizada.

En este sentido, las reflexiones de Lorraine Daston (1995), Ian Hacking (2002) y Daston y Galison (2007) resultan fundamentales. La transformación del sentir en un objeto de intervención médica no es reducible a una simple descripción fenomenológica ni a una teoría psicológica incipiente, sino que debe entenderse como el efecto de un régimen de objetividad emergente, que transforma lo observable, instituye criterios normativos y prescribe formas de gobierno del cuerpo sensible. La emoción, en tanto tipo interactivo en el sentido de Hacking (2002), no solo es clasificada, sino también producida como forma de vida clínica. Como ocurre con otros objetos científicos, su consolidación requiere una economía de prácticas que la estabilizan como anomalía significativa.

Como hemos mostrado, los usos epistémicos de la emoción en este periodo no obedecen aún a una psicopatología estructurada ni a una psicología de la afectividad, sino a un régimen médico que opera con instrumentos sensoriales, categorías morales y tecnologías disciplinarias. La emoción, en este régimen, no es interpretada como una experiencia subjetiva, sino como un desequilibrio físico, heredable y observable, que debe ser gobernado mediante el control del entorno, del vínculo o del juicio. Se trata de una objetualidad inestable, pero operativa, que prefigura lo que más tarde será formalizado como régimen clínico de la afectividad, aunque aún sin los códigos de una medicina psíquica moderna.

Desde la filosofía de las ciencias, este análisis se inscribe en una perspectiva regionalista que considera cada ciencia como una configuración local de saberes, prácticas y objetos. Como ha planteado

Jean Gayon (2009), el giro regional en filosofía de la ciencia permite pensar las disciplinas no como aplicaciones de una epistemología general, sino como modos singulares de producción de verdad, cada una con su normatividad interna, su historia conceptual y sus criterios de validación. En esa línea, el presente estudio contribuye a una filosofía histórica de las ciencias clínicas, mostrando cómo, antes de la psiquiatría y sin una psicología explícita, ya se articulaban regímenes de intervención médica sobre el sentir. La emoción no es aquí un concepto teórico, sino un objeto epistémico performativo que articula medicina, moral y gobierno.

Lo que está en juego, por tanto, no es solo una reconstrucción histórica, sino una interrogación filosófica sobre los modos en que las ciencias clínicas producen sus objetos, regulan sus discursos y transforman la experiencia sensible en material de intervención. En este cruce entre historia de los saberes, crítica epistemológica y filosofía regional de las ciencias, la afectividad aparece como un campo privilegiado para comprender las condiciones bajo las cuales lo sensible se convierte en anomalía y el cuerpo, en terreno de gobierno clínico.

Desde esta perspectiva, la historia de los objetos de las ciencias clínicas, como la medicina, psicología y psicoanálisis, no debe limitarse a narrar el surgimiento institucional de la especialidad médica, sino atender a la génesis de formas de normatividad clínica que, antes de toda sistematización disciplinar, ya intervenían en la sensibilidad como territorio anómalo. La afectividad, en tanto objeto prepsicológico de gobierno, permite pensar una filosofía histórica de la medicina en la que las formas de regular el sentir no derivan de un saber psicopatológico estabilizado, sino que lo anticipan. La racionalidad clínica ilustrada no espera a la psiquiatría: la prefigura modulando el cuerpo sensible bajo regímenes de observación, obediencia y control.

Referencias

- Andrews, J. & Scull, A. (2003). *Customers and Patrons of the Mad-Trade: The Management of Lunacy in Eighteenth-Century London*. Berkeley: University of California Press.
- Andrews, J. & Scull, A. (2001). *Undertaker of the Mind: John Monro and Mad-Doctoring in Eighteenth-Century England*. Berkeley: University of California Press.
- Battie, W. (1758). *A treatise on madness*. Whiston.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Daston, L. (1995). The moral economy of science. *Osiris*, 10, 2–24.
- Daston, L., & Galison, P. (2007). *Objectivity*. Zone Books.
- Dixon, T. (2003). *From passions to emotions: The creation of a secular psychological category*. Cambridge University Press.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.
- Frevet, U. (2011). *Emotions in history: Lost and found*. Central European University Press.
- Gayon, J. (2009). Philosophy of biology: An historico-critical characterization. In A. Brenner & J. Gayon (Eds.), *French studies in the philosophy of science: Contemporary research in France* (pp. 187–211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9368-5_11
- Gowland, A. (2006). *The Worlds of Renaissance Melancholy: Robert Burton in Context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Harvard University Press.
- Ingram, A. (1991). *The madhouse of language: Writing and reading madness in the eighteenth century*. Routledge.
- Ingram, A. (1998). *Patterns of madness in the eighteenth century: A reader*. Liverpool University Press.
- Ingram, A., & Faubert, M. (2005). *Cultural constructions of madness in eighteenth-century writing: Representing the insane*. Palgrave Macmillan.
- Labarca, M. (2021). *Itineraries and Languages of Madness in the Early Modern World: Family Experience, Legal Practice and Medical Knowledge in Eighteenth-Century Tuscany*. London: Routledge.
- Laffey, P. (2003). Charismatic stewardship and the regulation of affect in eighteenth-century asylum reform. *History of Psychiatry*, 14(4), 391–409.
- Macintyre, I., & Munro, A. (2015). *A history of Bethlem Hospital*. RCPsych Publications.
- Monro, J. (1758). *Remarks on Dr. Battie's treatise on madness*. A. Millar.
- Morris, R. (2008). Madness and the social link: The contribution of psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 95(3), 439–463.
- Oppenheim, J. (1991). *"Shattered nerves": Doctors, patients, and depression in Victorian England*. Oxford University Press.
- Pargeter, W. (1792). *Observations on maniacs and melancholics*. J. Johnson.
- Pearce, J. (2017). Francis Willis and the madness of George III. *Journal of Medical Biography*, 25(4), 198–205.
- Plamper, J. (2012). *The history of emotions: An introduction* (K. Tribe, Trans.). Oxford University Press.
- Porter, R. (1995). Shaping psychiatric knowledge: The asylum and beyond. In R. Porter (Ed.), *Medicine in the Enlightenment* (pp. 369–392). Rodopi.
- Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. Oxford University Press.
- Rheinberger, H.-J. (2010). *An epistemology of the concrete: Twentieth-century histories of life*. Duke University Press.
- Scull, A. (1993). *The most solitary of afflictions: Madness and society in Britain, 1700–1900*. Yale University Press.
- Scull, A. (1996). *Madness in civilization: A cultural history of insanity*. Thames & Hudson.
- Scull, A. (2001). *Madhouse: A tragic tale of megalomania and modern medicine*. Yale University Press.
- Smith, L. (2017). *Cure, care and control: Asylum and mental health history*. Palgrave.