

ÍNDICE

<i>Prólogo. Germán Berrios</i> (Universidad de Cambridge)	11
<i>Introducción. L. Jesús Fernández y Blanca Yániz Igal</i> (UNED, Tudela)	13
<i>Capítulo 1. ASPECTOS HISTÓRICOS DE LAS PSICOSIS: SIGLO XIX. German E. Berrios, C. Siañez-González, J. A. Malfavón, F. Ramos Ruiz</i>	15
<i>Capítulo 2. CLASIFICACIONES EN PSIQUIATRÍA: UNA HISTORIA CONCEPTUAL German E. Berrios, C. Siañez-González, J. A. Malfavón, F. Ramos Ruiz, L. J. Fernández</i>	33
<i>Capítulo 3. EL DESARROLLO TEMPRANO DE LAS IDEAS DE KRAEPELIN SOBRE LA CLASIFICACIÓN: UNA HISTORIA CONCEPTUAL German E. Berrios, R. Hauser, C. Siañez-González, J. A. Malfavón, F. Ramos Ruiz</i>	69
<i>Capítulo 4. LA NOCIÓN DE PSICOSIS UNITARIA: UNA HISTORIA CONCEPTUAL German E. Berrios, D. Beer, J. A. Malfavón, F. Ramos Ruiz, L.J. Fernández</i>	87
<i>Capítulo 5. SALIENCIA Y OTRAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN LAS PSICOSIS. J. M. Olivares Díez</i>	119
<i>Capítulo 6. PSICOSIS Y TRAUMA CRANEAL. J. I. Quemada, N. Mimentza, E. González</i>	129
<i>Capítulo 7. BOUFFEES DELIRANTES. R. Luque</i>	147
<i>Capítulo 8. PSICOSIS ATÍPICAS Y TRANSITORIAS EN INMIGRANTES. J. Achotegui</i>	175

<i>Capítulo 9. PSICOSIS Y PSICOPATOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD</i> <i>F. Fuentenebro De Diego, C. Valiente Ots, M. Provencio Ortega</i>	213
<i>Capítulo 10. LA IDEA DELIRANTE PSICOGÉNICA</i> <i>J. M. Villagrán Moreno</i>	233
<i>Capítulo 11. PSICOSIS AGUDAS Y TRANSITORIAS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CLÍNICOS Y NOSOLÓGICOS</i> <i>A. Castagnini, J. C. Holguín Lew</i>	269
<i>Capítulo 12. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PSICOSIS</i> <i>C. Monreal Guillorme, B. Yániz</i>	303
<i>Capítulo 13. TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS PSICOSIS ATÍPICAS.</i> <i>L. J. Fernández, J. A. Malfavón, F. Ramos Ruiz</i>	333

CAPÍTULO 4

LA NOCIÓN DE PSICOSIS UNITARIA: UNA HISTORIA CONCEPTUAL

German E. Berrios; D. Beer; C. Siañez-González
F. Ramos Ruiz; L.J. Fernández

«Psicosis unitaria» es el nombre colectivo de un conjunto de doctrinas cuyo denominador común es la opinión de que hay solamente una forma de psicosis y que sus diversas presentaciones clínicas pueden ser explicadas conforme a factores exógenos y endógenos. Este documento examina la historia de estas doctrinas desde el siglo XVIII a través de la obra de sus principales defensores extrayendo los supuestos conceptuales. Se muestra cómo ha cambiado a lo largo del tiempo la naturaleza del debate entre «unitaristas» y aquellos que creen en la existencia de enfermedades distintas, y la importancia que han tenido las diferencias nacionales en dichos cambios. Los primeros debates utilizaron argumentos ontológicos y conceptuales; posteriormente se utilizaron análisis clínicos; y los últimos debates, que tuvieron lugar en los años setenta, confiaron demasiado en las técnicas estadísticas y análisis genético. El resultado de este largo debate sigue inconcluso.

El término «psicosis unitaria», una interpretación del alemán *Einheitspsychose*¹, es el nombre que designa un conjunto de opiniones que tienen en común la afirmación de que sólo existe una psicosis². Para llegar a esta conclusión, se asume lo siguiente: (a) que las diferencias clínicas entre «psicosis» tradicionales son debidas bien al efecto patoplástico de la personalidad, a acontecimientos de la vida o bien a un sesgo del observador; y que (b) la psicosis única es la expresión clínica de una invariable subyacente, concebida como «orgánica» (p. ej. Neumann), «psicológica» (p. ej. Freud) o «estructural» (p. ej. Ey o Llopis). Versiones transversales de la doctrina deben explicar por qué, teniendo en cuenta que los factores

¹ El término se ha traducido al inglés como *unitary psychosis*, al francés como *Monopsychose* o *Psychose unique*; en castellano se emplea también *psicosis única*.

² Durante el siglo XIX, el término locura (*insanity, folie, pazzia* o *Wahnsinn*) fue remplazado por «psicosis» (Berrios, G. E., «Historical aspects of psychoses: 19th century issues». *British Medical Bulletin*, XLIII (1987), 484-98). Éste no fue únicamente un cambio de terminología, sino que reflejó una nueva tendencia en la concepción del trastorno mental (el abandono de los puntos de vista anteriores al s. XX sobre la locura como estados de total irracionalidad).

medioambientales y personales cambian, las psicosis tienden a seguir siendo las mismas de episodio en episodio; versiones longitudinales (según Griesinger) deben ofrecer un mecanismo por medio del cuál la «invariante» puede cambiar la presentación clínica dentro del mismo individuo.

Durante el periodo «pre-estadístico» los «unitaristas» (el nombre dado aquí a los defensores de la doctrina) defendieron argumentos tales como que la mente no puede dividirse en facultades o que «casos intermediarios» eran frecuentes o que todos los diagnósticos son inestables longitudinalmente. Tras la revolución estadística de 1930, se han utilizado cada vez más análisis factoriales, análisis de cluster y análisis discriminantes para demostrar que los límites entre las psicosis no son fiables; la ingenuidad matemática, desafortunadamente, llevó a muchos a asumir que los fallos en la obtención de distribuciones bimodales eran equivalentes a demostrar sus argumentos³.

DIFICULTADES HISTORIOGRÁFICAS

Escribir la historia de la psicosis unitaria no es fácil. Los Unitaristas raramente han hecho explícitos sus supuestos, ni han cambiado de opinión, ni se han contradicho; además, la propia doctrina unitaria tiene escasa continuidad y los supuestos de Reil, Neumann, Griesinger, Hoche, Bonhoeffer o Crow están estrechamente relacionados con la ciencia e ideología de su tiempo.

Está también la cuestión del objeto al que hace referencia la doctrina. Si se va a evitar una lectura anacrónica, uno no debe asumir inmediatamente la existencia de un objeto «invariante» o «trans-epistémico» (ya sea una lesión neurobiológica o arquetipo psicológico) tal y como los unitaristas se esfuerzan por captar. Incluso conceptos como «ideas predominantes» (utilizado por Vliegen en su importante libro⁴) deben ser evitados, al igual que debe evitarse, en efecto, la suposición de que los unitaristas son necesariamente anti-nosológicos: Menninger probablemente lo fuera, pero no Griesinger, Llopis o Ey, quienes *creían* en el modelo médico, pero no estaban de acuerdo con la idea de que hubiera muchas

³ En los años setenta surgió un debate en el Reino Unido sobre la utilidad y potencia de estas técnicas estadísticas; la falta de resultados conclusivos alentó un retorno a la búsqueda de «marcadores» fiables y válidos de la enfermedad (para un análisis y un listado de referencias de la época consúltese el excelente artículo de Grayson, D. A., «Can categorical and dimensional views of psychiatric illness be distinguished?» *British Journal of Psychiatry*, CLI (1987), 355-61).

⁴ Vliegen, J. *Die Einheitspsychose* (Stuttgart: Enke, 1980).

psicosis. Todavía queda por encontrar el mejor trabajo sobre la doctrina de la psicosis unitaria en las lenguas alemana y española⁵.

NOSOLOGÍA Y TAXONOMÍA MÉDICAS

Las clasificaciones de la locura llevan consigo una teoría taxonómica y un concepto de enfermedad⁶. La taxonomía médica clásica incluía estrategias para la descripción y *agrupamiento* de síntomas, síndromes, enfermedades y lesiones⁷. Las llamadas clasificaciones *naturales*, particularmente en psiquiatría dependen de la descripción, por lo que se necesitan reglas para el reconocimiento de síntomas, y, efectivamente, fueron desarrolladas durante el siglo XIX. Pero la descripción de síntomas está también influida por fuerzas «no cognitivas, por lo que, cuanto más

⁵ Mundt, C. and Saß, H. (eds.), *Für und wider die Einheitspsychose* (Stuttgart: Thieme, 1992); Vliegen, 1980, *op. cit.*; Wyrsh, J. *Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen* (Stuttgart: Thieme, 1956); Pauleikhoff, B., *Endogenen Psychosen als Zeitstörungen* (Stuttgart: Pressler, 1986); Masi, C., «Histoire des psychoses "endogènes"». *l'Information psychiatrique*, lvii (1981), 57-72; Lanczik, M., «Heinrich Neumann und seine Lehre von der Einheitspsychose». *Fundamenta Psychiatrica*, III (1989), 49-54; Llopis, B., «La psicosis única». *Archivos de Neurobiología*, XVII (1954), 3-39; Rennert, H., «Wilhelm Griesinger und die Einheitspsychose». *Wiss. Z. Humboldt-Universität Berlin. Math. Nat.R.*, XVII (1968), 15-16; Valenciano, L., «La Tesis de la Psicosis única en la Actualidad». De Llopis, B., *Introducción Dialéctica a la Psicopatología* (Morata: Madrid, 1970), 113-59.

⁶ Aschaffenburg, G., *Die Einteilung der Psychosen* (Leipzig: Deuticke, 1915); Temkin, O., «The history of classification in the medical science». De Katz, M. M., Cole, J. O. and Barton, W. E. (eds), *The Role of Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology* (Washington: US Department of Health, 1965), 11-125; Sartorius, N., Jablensky, A., Regier, D. A., Burke, J. D. and Hirschfeld, R. M. A. (eds), *Sources and Traditions of Classification in Psychiatry* (Toronto: Hogrefe & Huber, 1990).

⁷ Sobre el trabajo histórico en la clasificación véase: Pichot, P. J., «The French approach to psychiatric classification». *British Journal of Psychiatry*, cxliv (1984), 113-18; Verga, D., «Projet d'une classification uniforme des maladies mentales, au point de vue de la statistique». *Annales medicopsychologiques*, XXIV (1876), 140-4; Riese, W., «History and principles of classification of nervous diseases». *Bulletin of the History of Medicine*, XVIII (1945), 465-512; Guiraud, P., «Evolution de la nosographie clinique». In *Psychiatrie generale* (Paris: Le François, 1950), 17-34; Remond, M., «Essai sur la classification en psychiatrie». *Gazette des Hopitaux*, LXXV (1902), 973-6; 983-7; Desruelles, M., Leculier, P. and Gardien, M. P., «Contribution I l'histoire des classifications psychiatriques». *Annales medico-psychologiques*, xcii (1934), 637-75; Lewes, F. M. M., «Marc d'Espine's statistical nosology». *Medical History*, XXXII (1988), 301-13.

Sobre el trabajo moderno en la clasificación véase: Overall, J. E. and Woodward, J. A., «Conceptual validity of a phenomenological classification of psychiatric patients». *Journal of Psychiatric Research*, XII (1975), 215-30; Schwartz, M. A. and Wiggins, O. P., «Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification». *Comprehensive Psychiatry*, XXVIII (1987), 277-91; Schwartz, M. A. and Wiggins, O. P., «Logical empiricism and psychiatric classification». *Comprehensive Psychiatry*, XXVII (1986), 101-14; Reuchlin, M., «Contribution to the theoretical problems of classification in the observational sciences. *Psychopathology*, XVII (1984), 149-57; Andreasen, N. C. and Spitzer, R. L., «Classification of psychiatric disorders». In Van Praag, H. M. (ed.), *Handbook of Biological Psychiatry*, Part 1 (New York: Dekker, 1980), 378-95; Coming, W. C. and Steffy, R. A., «Taximetric strategies applied to psychiatric classification». *Schizophrenia Bulletin*, V. (1979), 294-305.

antiguo sea un discurso psiquiátrico, más difícil resulta captar su significado real. El siglo XIX *parece* más «accesible», pero esto puede ser porque el clínico todavía participa del mismo «discurso».

Los períodos de cambio taxonómico ofrecen ventanas privilegiadas; una de ellas fue abierta a principios del siglo XIX cuando se introdujo el modelo de enfermedad anatómo-clínico⁸. Según esta opinión, los síntomas e indicios serían considerados como «signos» emitidos por lesiones biológicas (localizables en el espacio interno del cuerpo).

Taxonomía psiquiátrica anterior a 1800

El siglo XVIII fue testigo de la apoteosis de un tipo de taxonomía médica y el despertar de otro. De acuerdo con el mandato⁹ de Sydenham, los médicos clasificaban las enfermedades «a la manera de los botánicos»¹⁰, en efecto, muchos eran la dos cosas¹¹. Las enfermedades, como las plantas, eran clasificadas conforme a características privilegiadas¹², p. ej. según un modo de «superior a inferior» o «descendente». Se establecieron por tanto dos suposiciones: (a) que el objeto a clasificar (ya fuera planta o enfermedad) era una entidad «completa» e inmutable, y (b) las características privilegiadas tenían realidad semántica, p. ej. eran parte de un diseño universal. (En períodos predarwinianos se creyó que dicho modelo era el resultado de una mano divina; después, de la evolución). Las clasificaciones «naturales» reflejaban el orden natural; las «artificiales», las necesidades prácticas¹³.

⁸ Ackerknecht, E., *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967).

⁹ Sydenham, T., *«The Works of Thomas Sydenham Ald»* (translated by R. G. Latham). Vol. 1 (London: Sydenham Society, 1848).

¹⁰ Lopez Piñero, J. M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, translated by D. Berrios (Cambridge: Cambridge University Press, 1983).

¹¹ Berg, F., «Linnéet Sauvages. Les rapports entre leurs systèmes nosologiques». *Lychnos*, XVI (1956), 31-54; Faber, K., *Nosography in Modern Internal Medicine* (London: Oxford University Press, 1923); Fischer-Hornberger, E., «Eighteenth-century nosology and its survivors». *Medical History*, XIV (1970), 397-403.

¹² Larson, J. L., *Reason and Experience. The Representation of Natural Order in the Work of Carl von Linné* (Berkeley: University of California Press, 1971).

¹³ Hoppe, B., «Der Ursprung der Diagnosen in der botanischen und zoologischen Systematik». *Sudhoffs Archiv*, LXII (1978), 105-30; Raven, H., Berlin, B. and Breedlove, D. E., «The origins of taxonomy». *Science*, CLXXIV (1971), 1210-13; Stevens, P. F., «Metaphors and typology in the development of botanical systematics 1690-1960». *Taxon*, XXXIII (1984), 169-211.

A finales del siglo XVIII, Adanson, el gran botánico francés de ascendencia escocesa, sugirió una segunda opinión¹⁴. Influenciado por las ideas aristotélicas, creía que se podrían identificar más agrupaciones «naturales» si no hubiera ninguna «característica» privilegiada ni «medida» de ninguna clase¹⁵. Por ejemplo, las plantas (o enfermedades) se podían describir exhaustivamente y se podían buscar modelos. Este enfoque de «abajo arriba» o «ascendente» presuponía que las agrupaciones están determinadas por la densidad de características. Por razones que quedan fuera del ámbito de este documento, Adanson no fue influyente, aunque se ha reivindicado que sus ideas condujeron al desarrollo de la taxonomía numérica¹⁶.

Cullen

Cullen propuso que las enfermedades mentales podían ser clasificadas con base en características anatómicas, funcionales, sintomáticas y devenidas. Cullen¹⁷, un taxonomista descendente, utilizó principios ya presentes en Sauvages, Linné, Vogel, Sagar y McBride¹⁸. Con relación a los criterios anatómicos escribió: «han aparecido tantos casos de este tipo, que creo que los médicos están generalmente dispuestos a sospechar que existe lesión orgánica del cerebro en casi todos los casos de locura [...] esto, sin embargo, es probablemente un error; porque sabemos que ha habido muchos casos de locura en los que las personas se han recuperado completamente»¹⁹. «Dichos casos transitorios, además, hacen probable que un estado de excitación, variable por varios motivos, haya sido la causa de dichos casos de locura»²⁰. Cullen creyó, de esta manera, que las «lesiones fisiológicas» pueden ser importantes.

Con relación a las clasificaciones, declaró: «habiéndome dedicado por tanto a investigar la causa de locura en general, hubiera sido deseable conseguir aplicar la

¹⁴ Baillon, T., «Adanson». In Dechambre, A. and Lereboullet, L. (eds), *Dictionnaire Encyclopedique Sciences Medicales*, Vol. 1 (Paris: Masson, 1864), 689-91.

¹⁵ Baillon, 1864, *op. cit.*

¹⁶ Adams, J. N., «A critical evaluation of Adansonian taxonomy». *Develop. Ind. Microbiol.*, V (1964), 173-9; Vernon, K., «The founding of numerical taxonomy». *British Journal of History of Science*, XXI (1988), 143-59.

¹⁷ Cullen, W., *The Works of William Cullen*. Edited by J. Thomson. Vol. 1 (London: Blackwood, 1827).

¹⁸ Cullen, W., *Synopsis nosologiae methodicae*. 6th Edition (Edinburgh: W. Creech, 1803); Bowman, I. A. «William Cullen (1710-1790) and the Primacy of the Nervous System». PhD Dissertation, Indiana University (History of Science), 1975.

¹⁹ Cullen, 1827, *op. cit.*, 175.

²⁰ *Ibid.*, 176.

doctrina para distinguir las distintas clases de la misma, según dependan de las distintas circunstancias y estado del cerebro, y así establecer un método de curación científico y preciso. Estos propósitos, sin embargo, me parece que son extremadamente difíciles de conseguir». Por tanto, sólo las clasificaciones sintomáticas parecen posibles.

Cullen criticó a los clasificadores:

«El ingenioso Dr. Arnold se ha dedicado elogiosamente a distinguir los distintos tipos de locura tal y como aparecen con respecto a la mente; y sus trabajos pueden resultar útiles en lo sucesivo, cuando lleguemos a saber algo más de los distintos estados del cerebro correspondientes a estos distintos estados de la mente; pero en este momento poco es lo que puedo poner en práctica de sus numerosas distinciones».

Y luego declaró una opinión «unitaria»:

«A mi modo de ver él [Dr. Arnold] principalmente ha señalado y enumerado distinciones, que son meras variedades, que pueden conducir a poca o ninguna variedad de práctica: y me inclino especialmente por esta última conclusión, ya que estas variedades me parece que a menudo van combinadas juntas, y que a menudo cambian de una a otra, en la misma persona; en quién debemos por tanto suponer una causa general de la enfermedad»²¹.

Pinel

Hay menos elegancia y perspicacia en la nosografía de Pinel. Identificó tres etapas en la formulación de una nueva enfermedad: (a) reconocimiento de síntomas;²² (b) observación de clústeres y covarianza-síntoma, especialmente durante el estado grave de la enfermedad; y (c) distinción entre enfermedades simples y complejas, las últimas mostrando (y en esto siguió a Cullen) «en su curso dos o tres cúmulos sintomáticos»²³.

Pinel propugnó una idea de locura menos orgánica que Cullen. Su experiencia en Bicêtre le había «convencido de que las fuentes comunes de la alienación mental estaban relacionadas con la tristeza y pérdida»²⁴ y que «la locura no febril, lejos de ser el resultado de lesiones cerebrales, (podían ser) provocadas por pasio-

²¹ *Ibid.*, 76-77

²² Pinel fue citado y se vio influido por Landre-Beauvais, A. J., *Séméiotique, au traité des signes des Maladies*, 2nd Edition (Paris: Brosson, 1813).

²³ Pinel, Ph. *Nosographie philosophique*, 6th Edition (Paris: Brosson, 1818), XXXVIIJ-XXXIX.

²⁴ *Ibid.*, 53.

nes desenfrenadas». Pinel no tenía problemas para aceptar las clasificaciones sintomáticas. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que su uso de términos como manía, melancolía y locura es distinto del actual, y salvo que se estudien los informes, no es siempre posible determinar de qué tipo de paciente estaba hablando.

Kant

Kant es un ejemplo típico de clasificador de sofá de finales del siglo XVIII²⁵. Sus escritos sobre enfermedad mental son sorprendentemente poco conocidos, a pesar del hecho de que se ha sugerido que tuvieron influencia en la psiquiatría alemana²⁶. Aquí sólo se hará referencia a la clasificación incluida en su *Anthropologie*²⁷ donde Kant intentó una clasificación descendente.

Kant suponía que las enfermedades mentales eran el resultado de la discapacidad del cerebro, pero creía que la clasificación tenía que basarse en la «facultad del cerebro involucrada»²⁸. La disfunción de las facultades mentales que tratan con la realidad-irrealidad, juicio y razón condujeron a distintas enfermedades mentales: «Me gustaría clasificar todas las (enfermedades de la mente) según las tres categorías siguientes: perturbación de experiencia que quiero llamar confusión (*Verrückung*); disfunción del juicio que llamo falsa ilusión (*Wahnsinn*); y discapacidad de la razón que llamo manía (*Wahnwitz*). Todas las otras manifestaciones de enfermedades mentales pueden ser clasificadas, a mi modo de ver, como variaciones en grado o combinaciones de estas tres enfermedades (básicas) o como su combinación con emociones²⁹. La clasificación de Kant es un buen ejemplo de una aproximación botánica descendente, sin verse complicada por la experiencia clínica.

Battie

La clasificación descendente de Battie combinó criterios clínicos y etiológicos. Es posible que su posición teórica resultara molesta a la hipótesis de percepción

²⁵ Por ejemplo, fue empujado a la especulación psicopatológica por el trabajo neuroanatómico de Sömmering, quien dedicó a Kant su libro sobre el «Órgano del alma» (véase Kant, I., *Anthropologie*, translated by J. Tissot (Paris: Ladrangé, 1863), 441-6.

²⁶ Dorner, K., *Burger und Irre* (Frankfurt am .Main: Europäische Verlagsanstalt, 1969).

²⁷ Kant, I., *Anthropology from a Pragmatic Point of View*, translated by M. J. Gregor (The Hague: Maninus Nijhoff, 1974 (1ª edición 1797)).

²⁸ *Ibid.*, 220

²⁹ *Ibid.*, 220-21.

«sensacionalista» vigente en aquel momento. Battie comenzó asumiendo que la sustancia «medular» del cerebro era la ubicación de la «sensación», y que las sensaciones eran producidas por estímulos (presión) que le afectaban. Las sensaciones imaginarias son causadas por «un trastorno interno de la sustancia nerviosa»³⁰ o por la «sustancia nerviosa que está siendo, en efecto, igualmente trastornada, pero *ab extra*; y por tanto se atribuirá principalmente alguna causa remota y accidental»³¹. Cada mecanismo dio lugar a una locura distinta: «el primer tipo, hasta que se encuentre un nombre mejor, puede llamarse original, el segundo puede llamarse locura consecuente»³². Sería anacrónico, sin embargo, interpretar a Battie como un precursor de la dicotomía endógeno-exógeno de finales del XIX o de la dicotomía orgánico-funcional y primario-secundario del siglo XX. Estaba simplemente aplicando a las sensaciones anómalas un modelo tomado de Hartley³³ y Condillac³⁴.

Battie no dijo mucho sobre el mecanismo involucrado en la «locura original»³⁵ y se concentró en la locura «consecuente» donde el problema estaba en explicar por qué sólo algunos estímulos externos (*ab extra*) conseguían provocar sensaciones «ilusorias» (sin percepción). Battie sugirió una forma de abordar este problema basado en la «calidad» de la sensación, p. ej., una sensación ilusoria ocurría cuando por casualidad el estímulo era idéntico al que causaba una sensación real: «cuya fuerza implica necesariamente impulso y presión en la sensación ilusoria de la misma manera y grado que lo hace en la percepción de objetos con correspondencia real»³⁶. ¿Pero desarrollan ilusiones todos los sujetos así engañados? Aparentemente no. En efecto Battie se dio cuenta de que las explicaciones basadas solamente en la «calidad» de la sensación no eran adecuadas. Por lo que recurrió a las características de la personalidad y factores concurrentes:

«No somos capaces de establecer qué es este tipo y grado particular de presión que es capaz de crear sensación ilusoria; porque las diferentes circunstancias que actuaron sobre el sujeto desconocido harán que los efectos nerviosos sean variables y a menudo

³⁰ En Battie, W., *A Treatise on Madness* (London: J. Whiston, 1758), 43.

³¹ *Ibid.*, 434.

³² *Ibid.*, 44.

³³ Hartley, D., *Observations on Man, his Frame, his Duty, and his Expectations* (London: Tegg, 1834 [first edition 1749]); Oberg, B. B., «David Hartley and the association of ideas». *Journal of the History of Ideas*, XXXVII (1976), 441-54; Smith, C. U. M., «David Newtonian Neuropsychology». *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, XXIII (1987), 123-36.

³⁴ Riese, W., «La Méthode de Condillac et ses rapports avec l'oeuvre de Pinel». *Revue philosophique*, CLVIII (1968), Le Roy, G., *La Psychologie de Condillac* (Paris: Boivin & Cie, 1937).

³⁵ Battie dividió todas las formas de locura en originales y consecuentes.

³⁶ En Battie, 1758, *op. cit.*, 44.