



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Barrera, Álvaro; Berrios, Germán E.

Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica  
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 79, septiembre, 2001, pp. 17-  
33

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019672003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Con el paso del tiempo, se han acumulado numerosas metáforas inspiradas por sucesivas teorías psicológicas y, de modo similar un examen conceptual crítico, esta tendencia continúa. Específicamente, las definiciones del TFP como, un tipo de habla difícil de entender, ya sea porque es confusa, desorganizada, idiosincrática, o

Rese a que se ha avanzado significativamente en el nivel de contabilidad entre evaluadores para diagnosticar el TFP, aun no entendemos bien que es, y porqué y como se similar a otros procesos cognitivos aparentemente simples diagnóstica. En esto, el TFP es similar a otros procesos cognitivos aparentemente simples como el recorrido de patrones visuales (21).

EI TFP, al que Beluer centró su concepción de esquizofrenia (6), es un síntoma frecuente en dicha condición. En sus grados leves, su frecuencia varía entre el 65% y el 90% (14, 15), y en grados severos llega a afectar al 45% los de pacientes (16). Además, se asocia con recidivas (17) y con peor adaptación laboral (18), punto rebatido por Huber et al (19) y Parmas (20).

Pese a la gran cantidad de investigaciones (1, 2, 3, 4, 5) llevada a cabo por autores como E. Bleuler (6), Jung (7), Vygotsky (8), Schildder (9), Piro (10), o Goldstein (11), la comprensión de los síntomas denominados Trastorno Formal del Pensamiento (TFP) ha avanzado escasamente (12, 13). Aún se propone aún esto es consecuencia, en grado importante, de problemas conceptuales y se examinará parte de la investigación más reciente a objeto de ilustrar dicha proposición.

Introducción

**ABSTRACT:** Recent research upon the group of "mental symptoms" called Formal Thought Disorder in schizophrenia has reviewed. Assumptions concerning their ontological and epistemological status are criticized as the key factors hindering progress for understanding the phenomena. KEY WORDS: formal thought disorder, schizophrenia, conceptual analysis.

**Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica**

Alvaro Barerra\*, Germán E. Berrios\*\*

‘bizarra’, resultan inadecuadas para la investigación neurobiológica y neurocognitiva, pues dichas definiciones aluden a una ‘dificultad de entender’ que tiene lugar en el fuero interno de quién lo diagnostica, y no en la mente/cerebro del paciente. Aunque retornaremos a esto más abajo, adelantaremos aquí el punto que si se define el TFP como ‘habla difícil de entender’, entonces la investigación con neuroimágenes, psicofisiológica, o neuropsicológica está correlacionando rasgos de un fenómeno mental del interlocutor (por ejemplo, un puntaje de desorganización conceptual en el BPRS) con datos que reflejan lo que ocurre en el cerebro/mente del paciente (por ejemplo, una potencial evocada).

La necesidad de una revisión crítica en esta área también deriva del hecho que la literatura que aborda la rehabilitación de los pacientes con TFP es escasa (22, 23, 24, 25, 26) y se necesita un modelo del lenguaje en la esquizofrenia que considere factores neurobiológicos, psicológicos, lingüísticos, interaccionales y culturales. La construcción de dicho modelo requiere de un concepto de TFP apropiado para dicha integración.

#### *El objeto de estudio*

En este artículo abordaremos el “habla desorganizada” (27) que se observa en los sujetos con el diagnóstico de esquizofrenia. Por ende, no se abordarán anomalías observadas en trastornos afectivos, ni con delirios, obsesiones, o cuadros disfásicos. Restringimos nuestro análisis, a diferencia de otros (28, 29, 30), a una sola entidad nosológica, pues no es posible descartar a priori que la enfermedad en que ocurre el TFP tenga efectos patogénicos además de patoplásticos sobre este grupo de síntomas.

#### *TFP: la visión recibida (VR)*

El modelo tradicional del TFP puede ser resumido en los siguientes enunciados:

1. El TFP es un fenómeno en el pensamiento/lenguaje del paciente; 2. Es fundamental y específico de la esquizofrenia; 3. Es un fenómeno homogéneo; 4. Deriva de un único mecanismo causal. 5. Es un fenómeno estable.

En efecto, para Bleuler (6) el TFP era la alteración fundamental desde la cual todos los síntomas de la esquizofrenia derivaban. Este concepto ha persistido durante todo el siglo veinte permeando aún las visiones más heterodoxas (31). Actualmente, los textos describen al TFP de un modo somero: ‘aquello de lo que un sujeto habla es el contenido y el modo en que lo habla es la forma’ (32, 33). Los delirios ejemplificarían la patología del ‘contenido’ mientras que el TFP reflejaría patología de la ‘forma’. En su versión actual, la VR asume a) que el delirio deriva de una disfunción mental ‘central’ mientras que el TFP refleja una disfunción lingüística o ‘local’ y b) que ‘forma’ y ‘contenido’ del pensamiento y del lenguaje son dimensiones independientes. Aunque no abordaremos esto en más detalle, baste decir que ambos implícitos son debatibles en psicopatología así como en la filosofía de la mente y del lenguaje (34, 35, 36, 37, 38, 39). A continuación se intentará mostrar que la VR aún es muy influyente.

(51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 50). Datos tan contrapuestos podrían resultar de problemas semiáctico reducido, o bien no se asocia con anormalidad alguna del, priming, semiáctico En primer lugar, varios estudios indican que, o bien el TFP resulta de un priming

amerita varios comentarios. Primera instancia la implementación biológica de la VR blueleriana, sin embargo cerebral izquierdo, dominante para el lenguaje (50). Este modelo que parece en una que la evidencia indica que dicha anormalidad semántica ocurre en el hemisferio c) El TFP resultaría de una excesiva difusión de la actividad neural. Es desacabable b) El curso del pensamiento, depende del automático (uso asociativo en dichas redes, redes formadas por "nodos", interconectados a través de "vínculos", de intensidad variable, siquiente: a) El conocimiento que los sujetos tienen del mundo se almacena en la forma de Las ideas subyacentes a esta proximación se pueden resumir del modo

#### TFP como excepción activación semántica

un discurso cohesivo (46). Examinará la investigación que concibe el TFP como una falla en la producción de el trabajo que vincula al TFP con las funciones ejecutivas (45). En tercer lugar, se como aquello basados en la neuropsicología clásica. En segundo lugar, revisaremos del significado, ya sea en modelos basados en los conceptos de las, "redes semánticas", (44) lugar, los trabajos que relacionan el TFP con anormalidades en la representación neural A continuación se examinarán tres líneas autorales de investigación: En primer

y coherencia de constructos. Segunda perspectiva, "diseñamiento", tienen los trabajos de Pto (10) sobre la establecida perspectiva, "diseñamiento", fueron Goldstein (11) y Cameron (48). Ejemplos de la o bien de una anormalidad de las "representaciones mentales". Ejemplos de la primera al TFP ya sea como resultado de una inefficente "administración" de recursos cognitivos el pionero trabajo "neuropsicológico" de Masselon en 1902 (47). Más tarde se consideró La idea de relacionar el TFP con déficits cognitivos ya había estado presente en

o si el TFP adopta ciertas constelaciones microfísicas y dicromáticas, dominios conductuales son afectados por el TFP, que áreas temáticas son comprometidas, ejemplo, 40, 41, 42, 10, 43, 31). Tampoco se dispone de información descripción sobre que tradiciones psicopatológicas cursa análisis comparativo permanece explorado (por en los manuales diagnósticos. Hay una rica diversidad de descripciones en diferentes psicopatología que puede reclamar ser la, "falsa", aún cuando se la consagre como oficial la esquizofrenia es una tara ya concluida. Sin embargo, no existe una descripción en han asumido que la descripción de las anomalías comunicativas observables en Los investigadores se han abocado a la búsqueda de la "causa" del TFP pues

#### Investigación empírica

### ORIGINALS Y REVISIONES

metodológicos como el efecto de la medicación, la duración de la enfermedad, respuestas lentas de los pacientes (58, 59), y el hecho que mínimas modificaciones experimentales pueden gatillar la participación de procesos cognitivos ‘estratégicos’ (60, 52, 55). En segundo lugar, la descripción asociacionista del pensamiento y el lenguaje no está exenta de críticos (61, 62, 36, 5), en el sentido que quizás no captura el carácter connotativo y la pragmática del lenguaje humano (63), aspectos importantes del TFP en la esquizofrenia (64). En tercer lugar, si bien el priming semántico excesivo podría explicar la ‘laxitud asociativa’, no es fácil entender cómo los otros síntomas del TFP se derivarían a partir del mismo defecto. Por último, la noción de que la excesiva activación semántica explicaría el que los pacientes con esquizofrenia en general y con TFP en particular exhiban reducida “sensibilidad al contexto lingüístico” (65), ha sido rebatida y se ha propuesto que otros factores estarían en juego (62).

#### *El TFP como déficit semántico*

McKenna y colaboradores en Cambridge han investigado el estado del sistema semántico de sujetos con esquizofrenia utilizando pruebas semánticas no-automáticas y han encontrado que el TFP ‘positivo’, que abarca algunos pero no todos los síntomas clásicos de TFP, se ha asociado con déficits en el ‘sentido común’, en la capacidad para definir palabras, y con errores semánticos en el discurso (66, 67, 68, 69). El TFP también estaría asociado con déficits en pruebas de fluidez verbal semántica y de asociación entre palabras y figuras (70). El hecho que el rendimiento en pruebas de denominación de figuras esté relativamente preservado se ha interpretado como indicativo de que el déficit semántico en el TFP ocurriría a nivel “central” (70, 71).

Un problema con este enfoque es que el discurso de los sujetos con demencia semántica o de pacientes con enfermedad de Alzheimer y déficit semántico no corresponde al cuadro de TFP observado en la esquizofrenia. Es decir, un déficit semántico parece ser insuficiente por sí solo para generar TFP.

#### *TFP como disfunción ejecutiva del lenguaje*

Se ha denominado “funciones ejecutivas” a rutinas cognitivas propias de la conducta orientada a metas, tales como la formación de intenciones, la planificación e iniciación de conductas, la corrección de errores, la manipulación de información abstracta, etc (72, 73, 74, 75, 76). Los sujetos que exhiben déficits en algunas de estas rutinas son referidos como afectados de un ‘síndrome disejecutivo’ (77); usaremos el término sin adentrarnos en el debate respecto de su status y estructura interna (78, 79, 80).

McGrath ha propuesto que el TFP resulta de un ‘síndrome disejecutivo’ que afecta la producción de lenguaje (81, 45, 29). Este autor encontró que TFP ‘positivo’ se asociaba con el fenómeno de ‘pérdida del set cognitivo en curso’ (Stroop [interferencia]);

correlacionados con medidas de atención, capacidad de abstracción, etc. En esta aproximación el TFP ha sido redimensionado como un déficit del habla que para generar cohesión en el discurso (90, 91, 13). El procedimiento consiste en la grabación y transcripción del habla del paciente, y la cuantificación del tipo de vínculos cohesivos utilizados en el texto. Dicho análisis es llevado a cabo por sujetos que deberían carecer de información sobre los interlocutores y su contexto. Subsecuentemente, los resultados son ignorados en la esencia del discurso, es decir, su significado (89).

Rockester & Martin (4), autores fundacionales de esta aproximación, señalaron como el análisis de la complejidad sintáctica, la razón, 'type-token', o el método de Cloze, natural. Se habla hecho evidente que las visitas conductistas del lenguaje o cuantificaciones la necesidad de que el lenguaje de los pacientes fuese analizado de una manera más natural. Rockester & Martin (4), autores fundacionales de esta aproximación, señalaron

que el TFP como medida de la cohesión en el discurso psicopatológico cambia de acuerdo a la teoría con que se le aborda. Baste enfocarla desde punto de vista como la naturaleza del fenómeno

simórome diséjutivo no es suficiente, por si solo, como factor etiológico del TFP. Simóromes no exhiben el TFP de tipo "esquizofrénico" (87, 88, 89), lo que sugiere que el simórome diséjutivo puede exhibir anomalías no afásicas del lenguaje, estos simóromes han sido los mismos, el procedimiento de administración ha cambiado. Finalmente, usados han sido las mismas, el procedimiento de manejo distílmil, e incluso cuando los tests neuropsicológicos han sido cuantificadas de otros temas. En segundo lugar, las variables generales más y distintos tipos de TFP que otros temas. En tercer lugar, las variables extension de la muestra conductual obtenida y por qué es posible que ciertos temas sean aplicadas de manera diversa, en entrevistas que varían en duración y contenido. Esto último es importante porque la descripción de síntomas individuales depende de sumando puntuajes de distintos síntomas. Del mismo modo, las escalas psicopatológicas el mismo instrumento psicométrico, diferentes tablas obtienen los puntuajes de TFP una base empírica, que capturan las mismas conductas. Aun en los casos en que se usa el TFP utilizando diferentes instrumentos psicopatológicos, de los cuales se asume, sin embargo, que capturan las mismas conductas. Aun en los casos en que se usa el TFP

existen aquí varios problemas metodológicos. En primer lugar, se ha cuantificado lo que cuestiona su relevancia para la esquizofrenia. Algunos de estos trabajos han utilizado medidas clínicamente heterogéneas (100, 117), simóromes no exhiben el TFP de tipo "esquizofrénico" (87, 88, 89), lo que sugiere que el simórome diséjutivo no es suficiente, por si solo, como factor etiológico del TFP. Los pacientes han sido los mismos, el procedimiento de administración ha cambiado. Finalmente, usados han sido las mismas, el procedimiento de manejo distílmil, e incluso cuando los tests neuropsicológicos han sido cuantificadas de otros temas. En segundo lugar, las variables generales más y distintos tipos de TFP que otros temas. En tercer lugar, las variables extension de la muestra conductual obtenida y por qué es posible que ciertos temas sean aplicadas de manera diversa, en entrevistas que varían en duración y contenido. Esto último es importante porque la descripción de síntomas individuales depende de sumando puntuajes de distintos síntomas. Del mismo modo, las escalas psicopatológicas el mismo instrumento psicométrico, diferentes tablas obtienen los puntuajes de TFP una base empírica, que capturan las mismas conductas. Aun en los casos en que se usa el TFP utilizando diferentes instrumentos psicopatológicos, de los cuales se asume, sin embargo, que capturan las mismas conductas. Aun en los casos en que se usa el TFP

(30, 82, 12, 83, 13, 84, 85, 86). También han sugerido que el TFP resulta de un trastorno de las funciones ejecutivas inhbilitada para, alternar entre sets cognitivos, (Trail Making Test [AB]). Otros autores cognitivo, (Wisconsin [Categories]), y el síntoma, perseveración, se asocia con la el síntoma, pobreza del habla, se asocia con la inhibición para establecer un set

El enfoque “discohesivo” ignora tanto el contexto en que las verbalizaciones fueron emitidas como la necesidad de “expandir el texto” cuando se analizan segmentos de discurso (92). Esto es importante pues el contexto es esencial para determinar la incoherencia de las verbalizaciones de un sujeto. Así mismo, centrarse meramente en la cohesión textual es estrecho pues ella no garantiza, por sí sola, la coherencia del discurso. Esta última tiene lugar a un nivel más conceptual y es parcialmente construida por el interlocutor (93, 94). En otras palabras, la coherencia de una conversación no depende de la relación entre las verbalizaciones emitidas, sino que de la relación entre los ‘actos de habla’ realizados con dichas verbalizaciones (92).

Además que las fallas de cohesión en el discurso no permiten diferenciar el habla de sujetos con esquizofrenia de la de sujetos normales (95), la validez de este enfoque es también cuestionada por el hecho de que los pacientes que exhiben fallas de cohesión en el discurso tras haber sufrido daño cerebral no exhiben TFP de tipo “esquizofrénico” (96). En la misma línea, los pacientes afásicos con daño al hemisferio derecho o con demencia (97) presentan déficits macro-estructurales en su discurso pero no exhiben TFP de tipo “esquizofrénico”.

#### *Revisiones efectuadas a la Visión Recibida (VR)*

En la medida que el lenguaje de los pacientes ha sido estudiado en detalle, se han cuestionado la especificidad y estabilidad del TFP así como su centralidad para la esquizofrenia.

#### *El TFP es inespecífico*

La opinión de Kurt Schneider (98) de que el TFP carecía de toda especificidad ha sido refrendada por autores más recientes quienes han encontrado que el TFP también ocurre en una minoría significativa de sujetos sin patología psiquiátrica, en individuos con trastornos de la personalidad, trastornos afectivos psicóticos o no psicóticos, y en el trastorno esquizo-afectivo (14, 88, 15, 99, 100, 101, 102, 16, 1, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109). Aunque estos hallazgos dependen de la validez y fiabilidad de los instrumentos con que se obtuvieron (110), la evidencia es significativa. Pese a ello, autores como Holzman (111) hablan de “la falla fundamental única” en la esquizofrenia, mientras que otros aún consideran al TFP como patognomónico (el síndrome esquizofrénico axial) (112).

#### *La heterogeneidad del TFP*

No todos los sujetos diagnosticados con TFP exhiben el mismo tipo de conductas lingüísticas (113, 114) y, más aún, no es infrecuente que dos pacientes con TFP presenten anormalidades lingüísticas y comunicativas muy distintas. En un intento por dar cuenta de dicha heterogeneidad, Andreasen (14, 88) redefinió el TFP como trastornos del pensamiento, lenguaje y de la comunicación y construyó la escala del mismo nombre

Y menos por datos empíricos, los cuales tendrían a contradecir a la emergente VR el marco conceptual asociacionista de la etología del pensamiento (132, 133, 134) ejempleado, las alteraciones simáticas). Dicha selección (131) fue determinada más por “lengüaje de los insanos”, y ciertos síntomas fueron incluidos y otros excluidos (por entonces, tuvo lugar una selección de algunos de los síntomas que formaban parte del la expresión artística habitual si do descritos por Farber, Seglas, Morrell o Kussmaul. Hacia fines del siglo XIX un cúmulo de síntomas del habla, la escritura y de

#### *Una nota histórica*

En tonces, el TFP parece ser heterogéneo, inespecífico, e inestable, y el DSM-IV en la comprensión del TFP. potenciales relacionados a eventos o neuroimágenes) producen avances sustanciales cuestionados, pese a que han impedido que el uso de metodologías, duras (por ejemplo, básicos de la VR, que denominan como ontológico, epistemológico, permanen sin ser ha modificado la VR para incorporar estas características. Sin embargo, los dos supuestos que tipo de entidad es el TFP?

Fluente y difícil de entender, son demasiado globales (128, 129, 130). observables en la práctica clínica. Además, las categorías descriptivas, el TFP como habla frecuentes en pacientes de mayor edad, pero dicha tendencia presenta notables excepciones y/o delirantes. En el largo plazo, sabemos que el TFP, positivo, tiene a ser menos observable respeto de la relación entre TFP y temas afecivamente significativos del discurso, o con ciertos temas o situaciones (1, 127). En particular, se requiere más es también impredecible, es decir, no se asocia sistemáticamente con rasgos específicos puede variar de acuerdo a la situación social en que la persona está participando. El TFP pacientes es más bien establemente incomprendible. En otros, la intensidad del TFP en el grado de incoherencia en su lengua, aún en el corto plazo. El lengua de otros es posible observar que algunos pacientes exhiben fluctuaciones significativas TFP: un fenómeno inestable

Kleist (125, 126). Nos referimos aquí, por ejemplo, a las descripciones de Kussmaul (120), Seglas (43), Kraepelin (121, 122), Carl Schneidet (citado en 3, 123, 124), LeCouris (42), o Bizcarro e Idiomatico (116), que contiene 10 categorías, y la Escala CLANG (94) que consta de 17 síntomas. Además, el análisis de algunos de estos instrumentos ha revelado una estructura factorial heterogénea (117, 118, 24, 119).

La variedad de descripciones clásicas de síntomas lingüísticos, cuya TLC) que contiene 18 síntomas (115). Testimonian también la heterogeneidad del TFP el índice de Desorden del Pensamiento (1), de 36 categorías, el índice de Pensamiento Bizcarro e Idiomatico (116), que contiene 10 categorías, y la Escala CLANG (94) que consta de 17 síntomas. Además, el análisis de algunos de estos instrumentos ha revelado una estructura factorial heterogénea (117, 118, 24, 119).

#### ORIGINALES Y REVISIÓNES

(135, 136). Los elementos que fueron seleccionados pasaron a constituir dicha visión recibida, la que gradualmente fué adquiriendo una suerte de ‘autonomía’, como se observa en el simposio sobre lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia organizado por Kasanin (137).

#### *Ontología del TFP*

El TFP no existe en forma independiente en la naturaleza y fuera del ámbito del lenguaje de los interlocutores. Su status de existencia es diferente al de una piedra o un planeta, entidades cuyo “descubrimiento” no agrega nada a su existencia. Por el contrario, el TFP es un constructo que opera como una ‘vía final común’ en virtud de la cual diferentes tipos de conductas lingüísticas son evaluadas por un interlocutor socialmente habilitado. La cualidad de ser “formalmente desordenadas” no es una propiedad inherente e invariante de las palabras utilizadas por el paciente si no que es una construcción basada en el contexto lingüístico y socio-cultural, en las características del interlocutor, y en claves derivadas de lo verbalizado por el sujeto, que permiten o impiden atribuirles coherencia a los actos de habla realizados por el hablante por medio de sus palabras, gestos, y afectos movilizados.

Ignorar lo recién expuesto ha llevado a creer que el grupo de conductas a que se refiere el TFP es estable e independiente de la teoría utilizada para describirlo, como se las diferentes teorías se refieren al mismo fenómeno. Sin embargo, las sucesivas redefiniciones propuestas (por ejemplo, “pensamiento concreto”, “sobre-inclusivo”, “disemántico”, etc) no son equivalentes. Cada aproximación teórica selecciona cuales conductas han de ser consideradas en la construcción del fenómeno y cuales no deben ser tomadas en cuenta (138, 139). Por supuesto, estas diferencias en la construcción del síntoma repercuten directamente en los resultados de la investigación. Ilustrativo aquí resulta el debate sobre la heredabilidad del TFP (140, 141, 142, 143), donde se ha discutido “qué es” el TFP sin que se lleve a acuerdo. Lo que ocurre es que cada teoría determina la inclusión y descripción de ciertos ítems y esto, a su vez, determina las fronteras del fenómeno. En suma, el TFP no puede ser “cuantificado” de un modo teóricamente neutral (144).

#### *Epistemología del TFP*

El TFP no contiene toda la información necesaria para ser identificado como tal en cualquier circunstancia (145). Por el contrario, cuando el clínico diagnostica el habla de un sujeto como ‘desorganizada’, lo hace influido por variados factores tales como el hecho que la persona en cuestión presenta psicopatología adicional, que las verbalizaciones fueron emitidas en una entrevista que ha tenido lugar, por ejemplo, en un hospital y no durante un recital de poesía o un servicio religioso. Además, el juicio de que el discurso de un individuo es incomprendible depende fuertemente de rasgos estables del clínico, como su formación general, tolerancia a significados ambiguos, familiaridad con el paciente, entrenamiento psicoterapéutico (146), así como de características transitorias, como su nivel de alerta, humor, o tiempo disponible para la entrevista.

*¿Qué concepto utilizar?*

Los conceptos en psicopatología tienen necesariamente un importante teórico. Por ejemplo, el concepto de 'habla desorganizada', del DSM-IV, sugiere que el problema del lenguaje. Por otro lado, el concepto de TFP hace referencia a un trastorno cognitivo más amplio que limitado a la 'facultad' del lenguaje, lo cual es útil pues permite que se observa en estos pacientes afecta predominantemente la 'facultad' o 'modo' de lenguaje. Esto sugiere la necesidad de estudiar anomalías de los procesos procedurales del otro tipo que no sea la 'facultad' del lenguaje.

En definitiva, el dilema no es elegir entre conceptos descriptivos y abstractos y sintéticos y otros conceptos teóricos inextricablemente interrelacionados. Más bien es utilizar los conceptos más útiles para la tarea a realizar, fundamentalmente mensajes. La elección de uno u otro concepto. En este sentido, la noción de TFP continúa siendo útil para su práctica (149). Aquí se ha intentado exponer algunos de los conceptos que en la medida que se hagan aplicables los supuestos que le son propios.

I.- Se ha criticado de la psicopatología no discutir abiertamente los supuestos conceptuales subyacentes a la investigación del TFP en esquizofrenia.

3.- La evaluación del discurso de otro individuo ocurre en la mente de quién sencucho dicho discurso y es lógicamente imposible de lo que ocurre en la mente de quién lo emite. Por tanto, cuando se correlaciona un "puntaje" de TFP con una variable, como una actividad cerebral medida por PET, se está observando la asociación entre una magnitud que depende de eventos mentales del individuo que refleja la actividad que tiene lugar en el cerebro del hablante (152).

4.- El DSM-IV refuerza el implicado de que el TFP es un fenómeno autónomo precisamente porque se declara 'auténtico', e incorpora una revisión parcial de la VR. Así genera consecuencia, sus supuestos teóricos permanecen ocultos. Sin embargo, la realidad de la impresión de que es una constatación transparende de las cosas, tal como son', y, en consecuencia, y del lenguaje normal es bastante más compleja.

## BIBLIOGRAFIA

1. Johnston M H, Holzman P S. (1979) *Assessing schizophrenic thinking. A clinical and research instrument for measuring thought disorder*. San Francisco, Jossey-Bass.
2. Maher B. (1972) "The Language of Schizophrenia: A Review and Interpretation", *British Journal of Psychiatry*, 120, 3-17.
3. Reed J L. (1970) "Schizophrenic Thought Disorder: a Review and Hypothesis". *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 11, No. 5, 403-432.
4. Rochester, S.R., Martin, J.R. (1979): *Crazy talk: a study of the discourse of schizophrenic speakers*, Plenum Press, New York.
5. Schwartz, S. (1978): "Do schizophrenics give rare word association?" *Schizophrenia Bulletin*, 4, 2: 248-271.
6. Bleuler, E. (1911): *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Buenos Aires (1<sup>a</sup> edición alemana de 1911, la traducción española procede de la edición en lengua inglesa de 1950).
7. Jung C G. (1907) "The Psychology of Dementia Praecox", en *The Collected Papers of C. G. Jung*, Vol. 3, Bollinger Series XX, New Jersey, Princeton University Press.
8. Vygotsky L. (1934) "Thought in schizophrenia". *Archives of Neurology and Psychiatry*, 31: 1063-1077.
9. Schilder, P. (1920): "On the development of thoughts", *Z. Neurol. Psychiat.*, 59: 250-263, en D. Rapaport, *The Organization and Pathology of Thought*, Columbia University Press, New York [1951].
10. Piro, S. (1987): *El lenguaje esquizofrénico*, Fondo de Cultura Económica, México.
11. Goldstein K. (1944) "Methodological Approach to the study of Schizophrenic Thought Disorder", in Kasanin J S (ed.) *Language and Thought in Schizophrenia*. New York, The Norton Library.
12. Barch, D. M., Berenbaum, H. (1996): "Language production and thought disorder in schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 1: 81-88.
13. Docherty N M, Hawkins K A, Hoffman R E, Quinlan D M, Rakfeldt J, Sledge W H. (1996b) "Working Memory, Attention, and Communication Disturbances in Schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 105, No. 2, 212-219.
14. Andreasen, N.C. (1979a): "Thought, Language and Communication Disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability". *Archives of General Psychiatry*, 36: 1315-1321.
15. Andreasen N C and Grove W M. (1986) "Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, No. 3: 348-359.
16. Marengo J T & Harrow M. (1997) "Longitudinal Courses of Thought Disorder in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No.2, 273-285.
17. Wilcox, J. A. (1990): "Thought disorder and relapse in schizophrenia", *Psychopathology*, 23: 153-156.
18. Rancenstein J M, Penn D, Harrow M & Schleser R. (1999) "Thought Disorder and Psychosocial Functioning in Schizophrenia", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 187, No. 5, 281-289.
19. Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., Linz, M. (1980): "Longitudinal studies of schizophrenic patients", *Schizophrenia Bulletin*, 6, 4: 592-605.

## ORIGINALES Y REVISIÓNES

20. Parmas, J., Jorgenson, A., Teasdale, T. W., Schulzinger, F., Mednick, S. A. (1988): "Temporal course of symptoms and social functioning in relapsing schizophrenia: a 6-year follow-up", *Comprehensive Psychiatry*, 29, 4: 361-371.
21. Bechtel, W. (1994), "Commonism", in Guttenplan S (Ed.), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Oxford, Blackwell.
22. Benedetti G and Furian P M. (1993) *The Psychotherapy of Schizophrenia. Effective Clinical Approaches-Controversies, Critiques and Recommendations*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers.
23. Birchwood M & Tarrier N. (1994) *Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester, Wiley.
24. Chen E H, Lam L C W, Kan C, Chan C K, Kwock C L, Nguyen D H & Chen R Y L. (1999) "Language Disorganization in Schizophrenia: Validation of the Mental Functioning Scale", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(2): 111-118.
25. Rosenthal, B., Sonne, H. (1986): "The Language of Psychosis". New York University Clinical Rating Instrument", *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 6 (1), 4-13.
26. Walsh I. (1997) "Conversational Skills and Schizophrenia". An exploration, in France J and Muir N (Eds.), *Communication and the Mentally Ill Patient. Developmental and Linguistic Approaches to Schizophrenia*. London, Kingley Publishers.
27. American Psychological Association. (1994) *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: APA Press.
28. Berrios, G. E. (1996): *The history of mental symptoms*, Cambridge University Press.
29. McGrath, J., Hedges, P., Scheidt, S. and Dark, F. (1997) "Thought Disorder and Executive Ability", *Cognitive Neuropsychiatry*, 2 (4), 303-314.
30. Persons J B, Baron J. (1985) "Processes Underlying Formal Thought Disorder in Psychiatric Impairments", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 173, No. 11: 667-676.
31. Wrobel J. (1990) *Language and Schizophrenia*, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing Company.
32. Gedde, M., Gath, D., Mayou, R. (1997): *Oxford Textbook of Psychiatry*, 2nd ed., Oxford University Press.
33. Sadock B J. (2000) "Signs and Symptoms in Psychiatry", in Sadock B J & Sadock V A (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
34. Guttenplan, S. (1994): "Syntax/Semantics", in S. Guttenplan (ed.), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, Oxford.
35. Johnson-Laird, P. N. (1988): "A taxonomy of thinking", en R. J. Stemberg (Eds.), *The Psychology of thinking*, Cambridge University Press, Cambridge.
36. Levelt W J M. (1989) *Speaking. From Intention to Articulation*, Cambridge MA, London, The MIT Press.
37. Marslen-Wilson W & Tyler L. K. (1998) "Rules, representations, and the English past tense", *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 2, No. 11, 428-435.
38. Sperry D & Wilson D. (1986) *Reliance, Communication and Cognition*, Oxford, Basil Blackwell.
39. Pickering S. (1994) *The Language Instinct: the new science of language and mind*, London, Allen Lane, The Penguin Press.
40. Castilla del Pino, C. (1988): "Tipología de los discursos y su utilización en psicopatología", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8: 25: 181-194.

41. Díez, A, Villagrán, J.M., Sánchez, V., Luque, R. (1992): "El discurso psicótico", *Psiquiatría Pública*, 4, 4: 192-202.
42. Lecours A R. (1995) "Schizophasia: the glossomanic and the glossolalic subtypes", in Sims A (ed.) 'Speech and Language Disorders in Psychiatry'. Gaskell.
43. Séglas J. (1892) *Les Troubles du Langage chez les Aliénés*, Paris.
44. Spitzer, M. (1997): "A cognitive neuroscience view of schizophrenic thought disorder", *Schizophrenia Bulletin*, 23, 1: 29-50.
45. McGrath J. (1996) "The Pathogenesis of Thought Disorder", en Pantelis C, Nelson H E, Barnes T R E (ed.) *Schizophrenia. A Neuropsychological Perspective*, John Wiley & Sons.
46. Docherty, N.M., DeRosa, M., Andreasen, N.C. (1996a): "Communication disturbances in schizophrenia and mania", *Archives of General Psychiatry*, 53: 358-364.
47. Masselon R. (1902) *Psychologie des Déments Précoces*, Thèse Pour Le Doctorat en Médecine, Faculté de Medicine de Paris.
48. Cameron N. (1944) "Experimental Analysis of Schizophrenic Thinking", in Kasanin J S (ed.). *Language and Thought in Schizophrenia*. New York, The Norton Library.
49. Bannister D. (1960) "Conceptual Structure in Thought Disordered Schizophrenics". *The Journal of Mental Science*, Vol. 106, No. 445, 1230-1249.
50. Weisbrod M, Maier S, Harig S, Himmelsbach U and Spitzer M (1998). "Lateralised semantic and indirect semantic priming effects in people with schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 172, 142-147.
51. Aloia M S, Gourovitch M L, Missar D, Pickar D, Weinberger DR, Goldberg T E. (1998) "Cognitive Substrates of Thought Disorder, II: Specifying a Candidate Cognitive Mechanism", *American Journal of Psychiatry*, 155: 1677-1648.
52. Besche C, Passerieu C, Segui J, Sarfati Y, Laurent JP& Hardy-Baylé MC. (1997) "Syntactic and Semantic Processing in Schizophrenic Patients Evaluated by Lexical-Decision Tasks", *Neuropsychology*, Vol. 11, No. 4, 498-505.
53. Blum N A & Freides D. (1995) "Investigating thought disorder in schizophrenia with lexical decision task", *Schizophrenia Research*, Vol. 16, 217-224.
54. Henik A, Priel B, Umansky R. (1992) "Attention and automaticity in semantic processing of schizophrenic patients", *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, Vol. 5, No. 3, 161-169.
55. Ober B A, Vinogradov S & Shenaut G K. (1997) "Automatic Versus Controlled Semantic Priming in Schizophrenia", *Neuropsychology*, 11, No.4, 506-513.
56. Spitzer M, Braun U, Hermle L & Maier S. (1993) "Associative Semantic Network Dysfunction in Thought-Disordered Schizophrenic Patients: Direct Evidence from Indirect Semantic Priming", *Biological Psychiatry*, 34, 864-877.
57. Surguladze, S.A., David, A.S. (1988): "Cognitive neuropsychiatry and schizophrenia", *Current Opinion in Psychiatry*, 11: 39-44.
58. Barch, D., Cohen, J., Servan-Schreiber, D., Steingard, S., Steinhauer, S., van Kammen, D. (1996): "Semantic priming in schizophrenia: an examination of spreading activation using word pronunciation and multiple SOAs", *Journal of Abnormal Psychology*, 105: 592-601.
59. Moritz S, Andresen B, Domin F, Martin T, Probsthein E, Kretschmer G, Krausz M, Naber D, & Spitzer M. (1999) "Increased automatic spreading activation in healthy subjects with elevated scores in a scale assessing schizophrenic language disturbances", *Psychological Medicine*, 29, 161-170.
60. Bandhari S & Curtis D. (1998) "Semantic priming in schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 173, 184.

61. Johnson-Laird, P. N., Hemmann, D. J., Chaffin, R. (1984) "Only Connections: A Critique of Semantic Networks", *Psychological Bulletin*, 96, No. 2, 292-315.
62. Kuperberg G. R., McGuire PK & David A. S. (1998) "Reduced Sensitivity to Linguistic Context in Schizophrenic thought Disorder: Evidence from On-line Monitoring for words in Linguistically Amalous Sentences", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 107, No. 3, 423-434.
63. Forrester M. A. (1996) *Psychology of Language. A Critical Introduction*, London, Sage Publications.
64. Thomas P. (1997) "What Can Linguistic Tell Us About Thought Disorder?", In France J and Muir N (Eds.), *Communication and the Mental Ill Patient. Developmental and Linguistic Approaches to Schizophrenia*, London, Kingsley Publishers.
65. Spitzer M., Beukers J., Maier S., Hermle L. (1994) "Contextual insensitivity in schizophrenic patients is due to semantic network pathology: Evidence from pauses in spontaneous speech", *Language and Speech*, 37, 171-185.
66. Tamlyn D., McKenna P. J., Mortimer A. M., Lund C. E., Hammond S & Baddeley A. D. (1992) "Memory impairment in schizophrenia: its extent, affiliations and neurophysiological correlates", *Psychiatry*, 155: 1671-167.
67. Mortimer A., Corridan B., Rudge S., Kho K., Kelly F., Britson M & Hodges J. (1995) "Thought Disorder", *British Medical Journal*, 22, 101-115.
68. McKenna, P. J. (1994); *Schizophrenia and Related Syndromes*, Oxford University Press, Oxford.
69. O'H. T. M., McCarthy R. A & McKenna P. J. (1999) "Is There a Language Disorder in Formal Cognitive Substrates of Thought Disorders? I: The Semantic System", *American Journal of Psychiatry*, 155: 1671-167.
70. Goldberge T. E., Alota M. S., Gourovitch M. L., Missar D., Pickar D. & Weinberger D. R. (1998) "Thought Disorder? II. A Study Using the Single Case Approach" (Submitted for Publication).
71. Laws K. R., Konda T. K & McKenna P. J. (1999) "A Reciprocal Language Deficit in Schizophrenic Thought Disorders: Evidence for Impaired Semantic Access and Monitoring", *Cognitive Neuropsychiatry*, 4 (2), 89-105.
72. Grafman J. (1994) "Alternative frameworks for the conceptualization of prefrontal lobe functions", in Boilier F., Spinelli H & Henfeler J. A (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*, Vol. 9, 187-202.
73. Lezak M. D. (1995) *Neuropsychological Assessment*, New York, Oxford University Press.
74. Rabbecht P. (1997) "Introduction: Methodologies and Models in the Study of Executive Function", in Rabbecht P. (ed.), *Methodology of Frontal and Executive Functions*, Oxford University Press.
75. Phillips L. H. (1997) Do "Frontal Tests", Measure Executive Function? Issues of Assessment and Evidence from Fluency Tests", in Rabbecht P. (ed.), *Methodology of Frontal and Executive Function*, Hove, UK, Psychology Press.
76. Robbins T. W. (1998) "Dissociating executive functions of the prefrontal cortex", in Robbins A. C., Robbins T. W., Weiskrantz L. (Ed.), *The Prefrontal Cortex. Executive and Cognitive Functions*, Oxford University Press.
77. Wilson B., Evans J., Emstie H., Alderman N., Burgess P. (1998) "The development of an Ecologically Valid Test for Assessing Patients with a Dysexecutive Syndrome".

78. Goldman-Rakic P.S. (1998) "The prefrontal Landscape: implications of functional architecture for understanding human mentation and the central executive", in Roberts A C, Robbins T W, Weiskrantz L. (Eds.) *The Prefrontal Cortex. Executive and Cognitive Functions*, Oxford, Oxford University Press.
79. Parkin A J. (1998) "The central executive does not exist", *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4, 518-522.
80. Baddeley A. (1998) "The central executive: A concept and some misconceptions", *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4, 523-526.
81. McGrath, J. (1991): "Ordering thoughts on thought disorder", *British Journal of Psychiatry*, 158: 307-316.
82. Harrow M, Lanin-Kettering I, Prosen M, Miller J G. (1983) "Disordered Thinking in Schizophrenia: Intermingling and Loss of Set". *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 9, 354-367.
83. Barch D M & Berenbaum H. (1997) "The effect of language production manipulations on negative thought disorder and discourse coherence disturbances in schizophrenia", *Psychiatry Research*, 71, 115-127.
84. Maher B A, Manschreck T C, Tedmon D & Beaudette S. (1996) "Length of illness and the gradient from positive to negative semantic priming in schizophrenia patients", *Schizophrenia Research*, 22, 127-132.
85. Crider A. (1997) "Perseveration in Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 23 (1), 63-74.
86. Chaika, E. (1995): "On analyzing schizophrenic speech: what model should we use?" en A. Sims (ed.), *Speech and Language Disorders in Psychiatry*, Gaskell, London.
87. Alexander, M.P., Benson, D.F., Stuss, D.T. (1989): "Frontal lobes and language", *Brain and Language*, 37: 656-691.
88. Andreasen, N.C. (1979b): "Thought, Language and Communication Disorders. II. Diagnostic significance", *Archives of General Psychiatry*, 36: 1325-1330.
89. Chantrine Y, Joannette Y, Cardebat D. (1998) "Impairments of Discourse-Level Representations and Processes", in Stemmer B & Whitaker H A. (Eds.) *Handbook of Neurolinguistics*, San Diego, Academic Press.
90. Docherty N M, Schnur M & Harvey P D. (1988) "Reference Performance and Positive and Negative Thought Disorder: A Follow-Up Study of Manics and Schizophrenics", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 97, No. 4, 437-442.
91. Ragin A B, Oltmanns T F. (1987) "Communicability and Thought Disorder in Schizophrenics and Other Diagnostic Groups. A follow-up Study", *British Journal of Psychiatry*, 150, 494-500.
92. Alverson and Rosenberg S. (1990) "Discourse analysis of schizophrenic speech: A critique and proposal", *Applied Psycholinguistics* 11, 167-184.
93. Dirven R & Verspoor M. (1998) (Eds.) *Cognitive Explorations of Language and Linguistics*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins Publishing Company.
94. Bublitz W. y Lenk U. (1999) *Disturbed Coherence: 'Fill me in'*, en 'Coherence in Spoken and Written Discourse. How to create it and How to Describe It', editado por Wolfram Bublitz, Uta Lenk, y Elija Ventola, Amsterdam, John Benjamins Publishing.
95. Chaika, E., Lambe, R. A. (1989): "Cohesion in schizophrenic narratives, Revisited", *Journal of Communication Disorders*, 22: 407-421.
96. McDonald S. (1998) "Communication and Language Disturbances Following Traumatic Brain Injury", en Stemmer B & Whitaker H A. (Eds.) *Handbook of Neurolinguistics*, San Diego, Academic Press.

97. Chantrene Y, Joannette Y, Cardoba D. (1998) "Impairments of Discourse-Level Representations and Processes", in Stiemer B & Whitaker H. A. (Eds.) *Handbook of Neurolinguistics*, San Diego, Academic Press.
98. Schmeidler K. (1959) *Clinical Psychopathology*, New York London, Grune & Stratton
99. Harrow M and Quillian D. (1977) "Is Disordered Thinking Unique to Schizophrenia?", [reducción al inglés desde la Quinta Edición de Klinische Psychopathologie].
100. Harrow M, Silverstein M, Maranggo J. (1983) "Disorder of Thinking, Does it Identify Nucleus of General Psychiatry", Archives of General Psychiatry, 40: 765-771.
101. Maranggo J T, Harrow M. (1985) "Thought Disorder A Function of Schizophrenia, Mania or Schizophrenia?", Archives of General Psychiatry, 42: 15-21.
102. Grossman L.S & Harrow M. (1991) "Thought Disorder and Mental Disease", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 173, No. 1, 35-41.
103. Holzman P.S, Shenton M.E., Soloway M.R. (1986) "Quality of Thought Disorder in Differentiated Diagnoses", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, 360-372.
104. Soloway M.R., Shenton M.E., Holzman P.S. (1987) "Comparative studies of thought Disorders, I. Mania and Schizophrenia", *Comprehensive Psychiatry*, 38, 3:171-178.
105. North C. S., Hanseen, K., Weisz, R.D., Compston, W., Napier, M., Spitzer, R.L. (1997): "Nonpsychotic thought disorder: objective clinical identification of somatization and antisocial personality in language patients", *Comprehensive Psychiatry*, 38, 3:171-178.
106. O'Connel M., Cooper P., Petty C., Hoke L. (1989) "The Relationship Between Thought Disorder and Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 177, No. 5, 273-278.
107. Bratt D. L and Beck A. T. (1974). "Thinking Disorder in Depression". *American Journal of Psychiatry*, Vol. 31: 456-459.
108. Lazutto B. J., Cadore R. J., Pugh D. D. (1974). "Thought Disorder in Depression". *American Journal of Psychiatry*, 131, 6: 703-707.
109. Carter M. L. (1986) "The assessment of thought Deficit in Psychotic Unipolar Depression", *Journal of Psychiatry*, 131, 6: 336-341.
110. Cutting J. (1994) "The Assessment of Thought Disorder", in Barnes T.R., Nelson H. (Eds.) *The Assessment of Psychoses*, Oxford and Norhampton, Chapman & Hall Medical.
111. Holzman P. S. (1995) "Thought disorders and the fundamental disturbance of schizophrenia", en R. Fog, J. Gerach, R. Hemmingsen (eds.), *Schizophrenia. Alfred Bechtold Symposium* 38:
112. Bermer P. (1992) "Vienna Research Criteria (Endogenomorphetic-schizophrenic axis)", 409-417, Munksgaard, Copenhagen.
113. McKenna, P. J. (1995): "The psychology of schizophrenia through thought disorder", *Schizophrenia upon Tyne*, Cambridge University Press.
114. Nestor, P. G., Shenton, M. E., Vibie, C., Hokama, H., O'Donneill, B. F., Law, S., McCaffrey, R., Gaskeil, London.
- W. (1998): "Neuropsychological analysis of schizophrenia thought disorder", *Schizophrenia Research*, 29: 217-225.

115. Andreasen N C (1986) "Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication" (TLC), *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, No. 3, 473-482.
116. Harrow M & Marengo T. (1986). "Schizophrenic Thought Disorder at Follow-Up: Its Persistence and Prognostic Significance". *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, No. 3: 373- 393.
117. Peralta, V., Cuesta, M. J. y Leon, J. D. (1992): "Formal thought disorder in schizophrenia: a factor analytic study", *Comprehensive Psychiatry*, 33:105-110.
118. Cuesta M J, Peralta V. (1999) "Thought disorder in schizophrenia. Testing models through confirmatory factor analysis", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249: 55-61.
119. Harvey, P. D., Lenzenweger, M. F., Keefe, R. S. E., Pogge, D. L., Serper, M. R., Mohs, R. C. (1992): "Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenic patients: formal thought disorder", *Psychiatry Research*, 44: 141-151.
120. Kussmaul A D. (1881) *Les Troubles de la Parole*, Paris, Baillière et Fils.
121. Kraepelin E. (1896) "Dementia Praecox", en Cutting J y Shepherd M (ed.) *The clinical roots of the schizophrenia concept*, Cambridge University Press [1987].
122. Kraepelin E. (1919) 'Dementia Praecox and Paraphrenia', Edinburgh, Livingstone [la traducción inglesa procede de la octava edición en alemán del Tratado de Psiquiatría].
123. Hamilton, M. (ed.) (1984a): *Fish's Schizophrenia*. 3<sup>a</sup> ed., Wright, Bristol.
124. Hamilton, M. (ed.) (1984b): *Fish's Outline of psychiatry*. 4<sup>a</sup> ed., Wright, Bristol.
125. Kleist, K. (1960): "Schizophrenic Symptoms and Cerebral Pathology", *Journal of Mental Science*, 106: 246-255.
126. Kleist, K. (1930): "Alogical thought disorder: an organic manifestation of the schizophrenic psychological deficit", en J. Cutting y M. Shepherd (ed.), *The clinical roots of the schizophrenia concept*, Cambridge University Press, Cambridge [1987].
127. Pearlson G D, Kreger L, Rabins P V, Chase G A, Cohen B, Wirth J B, Schlaepfer T B, Tune L E. (1989) "A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 147, 1568-1574.
128. Harvey, P.D., Lombardi, J., Leibman, M., Parrella, M., White, L., Powchik, P., Mohs, R.C., Davidson, M., Davis, K.L. (1997): "Age-related differences in formal thought disorder in chronically hospitalized schizophrenic patients: a cross-sectional study across nine decades", *American Journal of Psychiatry*, 154(2): 205-210.
129. Howard R, Almeida O, Levy R. (1994) "Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia". *Psychological Medicine*, 24 (2): 397-410.
130. Howard R, Castle D, Wessey S and Murray R. (1993) "A Comparative Study of 470 Cases of Early Onset and Late-Onset Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*, 163: 352-7.
131. Berrios, G E. (1999): "Falret, Séglas, Morselli, and Masselon, and the 'Language of the Insane': a conceptual history", *Brain and Language*, 69, 1: 55-75.
132. Storch A. (1924) *The primitive archaic forms of inner experience and thought in schizophrenia*, Monograph 36, New York and Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Company.
133. Haeckel E. (1913) *The Riddle of the Universe*, London, Watts & Co (Traducido por McCabe J).
134. White W. (1926) "Language of schizophrenia". *Archives of Neurology and Psychiatry*, 16: 395-413.
135. Kent, G. H., Rosanoff, A. J. (1910): "A study of association in insanity", *American Journal of Insanity*, 67: 317-390.

136. Murphy, G. (1923). "Types of word association in dementia praecox, manic depressive illness, and normal persons", *American Journal of Psychiatry*, 2: 529-571.

137. Kasanin J S (1944) *Language and Thought in Schizophrenia*, New York, The Norton Library.

138. Cutting, J., Murphy, D. (1988): "Schizophrenia thought disorder. A psychological and organic interpretation", *British Journal of Psychiatry*, 152: 310-319.

139. Barach D M, Berenbaum H. (1995) "The categorisation of Thought Disorder", *Journal of Psychopathology Research*, Vol. 24, No. 3, 349-376.

140. Berenbaum H, Olmans T F & Gotteman I I. (1988) "Indeterminacy of Heritability of Thought Disorders: Reply to Matthyssse and Holzman". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 97, No. 1, 108-109.

141. Matthyssse S & Holzman P. S. (1988) "Comment on Berenbaum, Olmans, and Gotteman (1985): Formal Thought Disorder in Schizophrenics and their Twins". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 97, No. 1, 105-107.

142. Berenbaum H. (1991): "Distinguishing between content and form of speech", *Archives of General Psychiatry*, 48, 281-282.

143. Shenton, M. E., Holtzman, P. S., Gale, H. J., Soloway, M. R., Coleman, M. (1991): "In reply to: Distinguishing between content and form of speech", by Berenbaum H, "Archives of General Psychiatry", 48: 281-282.

144. Andreassen, N.C. (1982): "Should the term "thought disorder" be revised?" *Comprehensive Psychiatry*, 23, 4: 291-299.

145. Sims, A. (1988): *Symptoms in the mind*, Balliere Tindall, London.

146. Cox M. (1997) "The great feast of language: passwords to the psycheotic's inner world", in Magee C & Margison F (Eds.), *Schizophrenia*, London, Gaskell.

147. Ghece H. (1975) "The logic and Convalescence", in *Syntax and Semantics*, Vol. 3, *Speech Acts*, Cole P & Morgan J L (Eds.), London, Academic Press.

148. Günther C, Mainenbaum C, Schopp A. (1999) "The Processing of Information Structure", en Focus, Linguistic, Cognitive, and Computational Perspectives, Peter Bosch and Rob van der Sandt (Editors), Cambridge University Press (1999).

149. Parker J, Georgeaca, Harper D, McLaughlin T, and Stowell-Smith M. (1995) *Deconstructing Psychotherapy*, Sage Publications, London.

150. Alpert M, Kotsatzis A, Pouget E R. (1997) "At Issue: Speech Fluency and Schizophrenic Negativism Signs", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 2, 171-177.

151. McGuire P K, Quigley D J, Spence S A, Murray R M, Finch C D, and Middle P F. (1998) "Psychopathology of Psychotic Thinking", *British Journal of Psychiatry*, 173, 231-235.

152. McGuire P K, Quigley D J, Spence S A, Murray R M, Finch C D, and Middle P F. (1998) "Psychopathology of Psychotic Thinking", *British Journal of Psychiatry*, 173, 231-235.

153. Neopoulos, Honorary Consultant del Addenrooke's Hospital de Cambridge, Senior Lecturer de Psiquiatra, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Addenrooke's Hospital, Cambridge, Dr G.E. Berrios, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Addenrooke's Hospital, Cambridge, Dr G.E. Berrios, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Addenrooke's Hospital, Cambridge, Correspondencia: Dr G.E. Berrios, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Addenrooke's Hospital, Cambridge, United Kingdom.