



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Sintagma i paradigma en l'esquizofàsia: un estudi psicopatolingüístic

Joan Obiols Llandrich



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**

SINTAGMA I PARADIGMA EN L'ESQUIZOFASIA.

Un estudi psicopatolingüístic

Tesi per optar al grau de Doctor

Presentada per Joan Obiols Llandrich

Dirigida pel Prof. Carles Ballús Pascual

Facultat de Medicina

Universitat de Barcelona

#### 4. EL PARADIGMA EN EL LLENGUATGE ESQUIZOFRENIC

*Hi ha una saviesa del seny  
i una saviesa -més alta-  
de la follia.*

Carles Riba

##### 4.1. Hipòtesi bàsica.

Corol.lari previsible dels dos capítols precedents és l'aplicació del model sintagma/paradigma a la descripció del llenguatge esquizofrènic. Què millor que un model sorgit de la lingüística per formalitzar la descripció d'aquest llenguatge que -com s'ha vist en el capítol 2- segueix tan mal definit?. Si Luria (1980) ho ha fet en el cas del llenguatge afàsic, per què no ampliar-ho al llenguatge dels esquizofrènics?

La hipòtesi que defenso és simple: en el llenguatge (o parla) dels esquizofrènics hi trobarem, per una banda, a) una tendència acusada a ruptures sintagmàtiques a molts nivells, des del de morfemes al de unitats extenses de discurs passant, sobretot, pel nivell de frases.

Per una altra, b) una tendència a les elaboracions o digressions paradigmàtiques que pot revestir diverses formes, com anirem veient. Aquestes digressions paradigmàtiques donaran lloc a un fenomen externament similar al que hem vist en la poesia, entre altres exemples revisats [cap. 3], és a dir, a la paradigmatització del sintagma.

Es ben cert que, molt sovint, el més evident en la parla dels esquizofrènics és, purament, el trencament sintagmàtic, sense que es facin perceptibles les elaboracions paradigmàtiques. En el capítol següent, discuteixo les implicacions d'aquest fet que pretenc involucrar amb la distinció entre esquizofrènia positiva i negativa. En el present capítol, doncs, em centro en aportar arguments i dades que facin evident la presència de l'eix paradigmàtic en la parla de l'esquizofrènic, alhora que reafirmo l'evidència dels trencaments sintagmàtics.

Aporto, per un cantó, dades provinents de la literatura sobre el tema que aniré agrupant en diferents apartats, tot seguint l'esquema del capítol precedent; per altre cantó, aporto exemples recollits dels meus pacients. Finalment discutiré uns casos especialment rics i exemplars en la dimensió paradigmàtica.

*Resum:* exposo la hipòtesi bàsica sobre l'activació de l'eix paradigmàtic en el llenguatge esquizofrènic.

## 4.2. Els autors clàssics.

4.2.1. Kraepelin. M'he referit abans [2.2.1.1.] al que Kraepelin va anomenar descarrilament, per ell, símptoma bàsic de la incoherència del fil del pensament. Equival, per tant, al que anomeno ruptura sintagmàtica. És interessant constatar que el propi Kraepelin admetia la possibilitat de que el fenomen es pogués donar a diferents nivells, paraules, frases, unitats de discurs, etc. No és menys interessant la comprovació que, per ell, el descarrilament pot conduir a la parafàsia, o substitució de paraules correctes per altres de so o significat similar. Això és, per mi, una elaboració paradigmàtica. Algú podria objectar que el que faig és un simple canvi de denominació, però crec que vaig bastant més enllà si tenim en compte que, en la meua descripció, sintagma i paradigma queden units per un lligam dialèctic i que els fenòmens de paradigmaticització del llenguatge són d'una fertilitat extraordinària com s'ha fet evident al llarg del capítol 3. Justament, de Kraepelin prové un dels exemples més evidents dels que he trobat revisant la literatura. A un pacient se li demana que associï a la paraula *Bett* (llit, en alemany) i respon: "*Bett, Bett, Bett, dett, dett, dett, ditt, dutt, dutt, dant, dant,*

dant, dint, dint, dint, dutt, dett, datt" i comenta:  
 "Quan començo, vaig fins al final".

4.2.2. Bleuler. No cal repetir la llarga cita de Bleuler que he transcrit a [2.2.1.2.]. Recordem, tan sols, el valor capital que Bleuler atorga al trastorn de les associacions com un símptoma fonamental de l'esquizofrènia. La *Spaltung* o dissociació (les famoses "associacions laxes") de Bleuler es queda curta, al meu entendre, en no considerar els dos tipus d'associacions que s'han descrit en el llenguatge. Sembla evident que la relaxació d'associacions que Bleuler descriu amb tanta cura és aplicable a la dimensió sintagmàtica i equival a les ruptures que defenso. Els "nous camins" associatius a que fa referència, associacions per rimes, associacions indirectes, ús de metàfores, metonímies, neologismes per condensació, etc., crec que es fan entenedors si els considerem elaboracions associatives d'un altre tipus: paradigmàtiques. Crec que la consideració de la doble via associativa -paradigmàtica i sintagmàtica- enriqueix i completa la descripció bàsica i magistral d'Eugen Bleuler.

4.2.3. C. Schneider i Kleist. De l'aportació de Carl Schneider descrita a [2.2.1.3.] val a dir que el descarrilament i la no pertinència venen a ser ruptures

del sintagma mentre que el fenomen de fusió (combinació de conceptes sense -aparent- relació) fóra de caire paradigmàtic.

La doble descripció de Kleist és també suggeridora donat que la pèrdua de les empremtes de memòria dóna lloc a ruptures del sintagma; en canvi, la sobre-producció de paraules i frases que és l'altra varietat que descriu, fa pensar en les elaboracions paradigmàtiques.

4.2.4. Kasanin. De la recopilació de Kasanin vull destacar l'aportació de Cameron. Com hem vist a [2.2.1.5.], aquest autor resumeix en vuit punts les seves troballes. Així com el pensament asindètic i la desorganització global del pensament s'han de relacionar amb la ruptura sintagmàtica, l'ús de metònims i expressions idiomàtiques personals, la interpenetració de temes i, sobretot, la sobre-inclusió s'han de valorar com resultat d'elaboracions paradigmàtiques. Aquesta última cal entendre-la com una tendència a ampliar el paradigma més enllà dels seus límits habituals.

4.2.5. Woods. L'anàlisi experimental de Woods que abans he presentat [2.2.1.6.] pot ser, igualment, interpretada sota la visió dels eixos sintagmàtic/paradigmàtic. Per una banda, Woods parla de la impressió de pobresa de pensament ideacional precís,

resultant de la formulació incompleta, obscura i indirecta del llenguatge. Aquest punt ens apropa a les ruptures sintagmàtiques. Per altra banda, observa que l'estructura de les frases queda dominada per associacions de paraules determinades per semblances de so i categoria, amb tendència a perseverar. Comprova una tendència a anar d'una categoria a una altra relacionada sense cercar la coherència. Woods parla d'una estructura global del llenguatge esquizofrènic fràgil. Es pot veure com una incapacitat de copsar la línia sintagmàtica i una facilitat per embrancar-se per línies paradigmàtiques.

Resum: (veure resum de l'apartat següent)

#### 4.3. Estudis recents sobre el llenguatge esquizofrènic.

4.3.1.Pavy. Tal com he fet a [2.2.2.] parlo aquí dels estudis fets a partir dels anys 50 i que, per tant, queden ja fora de l'àmbit dels estudis clàssics. La revisió de Pavy (1968) té un interès excepcional per un fet: és gairebé l'únic treball sobre el tema que ens ocupa on s'esmenta i s'intenta aplicar la dicotomia sintagma/paradigma. En revisar un treball antic de Murphy



(1923) sobre el material de Kent i Rosanoff [2.2.1.3.], Pavy en fa una nova lectura en aplicar la dicotomia sintagmàtica/paradigmàtica a les respostes associatives. Aplicant la hipòtesi de la regressió, considera que els esquizofrèncics faran com els nens, els quals tendeixen a donar respostes sintagmàtiques, segons ha establert la psicologia infantil (Brown i Berho, 1960), a diferència dels adults que tendeixen a respostes paradigmàtiques.

Troba, en canvi, que les respostes dels esquizofrèncics són més paradigmàtiques que les de les persones normals. Els resultats, doncs, no van en la direcció que Pavy espera, però sí en la que calia esperar de la hipòtesi que aquest treball presenta. Val a dir que la definició que dona Pavy de resposta paradigmàtica és més restringida ja que considera com a tal una resposta de la mateixa categoria gramatical que l'estímul.

#### 4.3.2. Estudis experimentals.

4.3.2.1. Estudis d'associacions de paraules. Pel que fa als estudis d'associacions de paraules -deixant apart la referència anterior al treball de Pavy- cal recordar que és difícil treure'n l'entrellat donat que les troballes són, sovint, contradictòries. De tota manera, sembla que hi ha un predomini de treballs que tendeixen a mostrar una freqüència més gran de respostes peculiars,

"rares", menys estables. Podem dir, per tant, que tendeixen a associacions paradigmàtiques idiosincràtiques.

4.3.2.2. Estudis estadístics. Ha quedat clar que els esquizofrènics tendeixen a la repetició de temes, paraules i, fins i tot, síl.labes. he argumentat abans [2.2.1.4.] que la repetició pot ser considerada dins l'òrbita paradigmàtica amb la qual cosa es reforça la hipòtesi. De tota manera, en la part experimental [cap. 5] matisaré aquestes consideracions.

4.3.2.3. Estudis de respostes esbiaixades. Els estudis de respostes esbiaixades són molt més interessants per la nostra fi, donat que moltes de les troballes d'aquests estudis encaixen perfectament amb la hipòtesi que he proposat. En definitiva, la primacia que adquireix per l'esquizofrènic el significat "fort" d'una paraula implica, forçosament, que prescindeix del context, és a dir de la seqüència sintagmàtica. Ja he dit abans que els Chapman demostren que, en lloc de tenir un discurs orientat a una fi, els esquizofrènics tendeixen a associar lliurement, és a dir, "s'enfilarien" per branques paradigmàtiques. N'és també una mostra la tendència a considerar paraules com sinònimes quan tenen trets de significat comuns (per exemple: gos i porc).

això es compren en considerar que estan englobades en un mateix paradigma semàntic.

4.3.2.4. Estudis contextuals. Tant la hipòtesi de la immediatesa de Salzinger [2.2.2.1.5.] com la de les intrusions associatives de Maher [2.2.2.1.6] venen a reafirmar la tendència a prescindir del context o, en tot cas, a una menor influència d'aquest a l'hora de desenvolupar el fil del discurs.

La hipòtesi de Maher és especialment interessant ja que, per una banda fa palès l'aspecte de ruptura, fragmentació del discurs (disrupció sintagmàtica) i, per l'altra, deixa ben clar el pes de les associacions intrusives que expliquen aquests trencaments. Recordem que, segons Maher, hi ha tres tipus d'intrusions: 1. les que es basen en l'aspecte "fort/dèbil" del significat; 2. les rimes o associacions fonètiques i 3. els aparellaments associatius entre paraules o segments separats en una frase. Tots tres casos corresponen al que he definit com elaboracions paradigmàtiques.

Altres treballs han incidit en la dificultat de guiar-se pel context que tenen els esquizofrènics. Williams (1966) comprova que, com més llarga és una seqüència, més divergent és la paraula que es dona a continuació. Es com si l'esquizofrènic tractés cada paraula com una unitat independent.

Truscott (1973) estudia esquizofrèncics ingressats i els compara amb altres ambulatoris. En tots dos casos hi troba mancances per beneficiar-se de restriccions contextuais i del significat del material verbal en una tasca de memòria verbal.

En l'aspecte més concret de les intrusions associatives, he citat ja el treball de Rattan i Chapman (1973). Si l'esmento de nou és perquè demostra una susceptibilitat augmentada a la distracció associativa sense el possible artefacte d'un dèficit generalitzat.

4.3.2.5. Estudis de procés d'informació. Com s'ha vist abans [2.2.2.1.6.], [2.2.2.1.7.] les hipòtesis de Salzinger i Maher van lligades pel dèficit bàsic en l'aspecte del processament de la informació (atenció, percepció, etc.).

D'alguns treballs demostratius sobre el tema n'he seleccionat alguns fragments, en els quals els propis pacients expliquen la seva experiència i que són reveladors d'una cognició sintagmàtica alterada i una tendència a ser substituïda per una cognició paradigmàtica.

Lawson, Mc Ghie i Chapman en el seu estudi sobre percepció de la parla en l'esquizofrènia (1964) demostren la dificultat que tenen els pacients en captar les

relacions entre les paraules com part d'un esquema organitzat (sintagma).

Tradueixo algunes transcripcions literals dels seus pacients:

1. *"Quan la gent em parla es com un idioma diferent. Es massa per captar-ho de seguida. Tinc el cap sobrecarregat i no entenc el que em diuen.... Tot està a trossos que he d'ajuntar de nou en el meu cap -només paraules soltes..."*

2. *"...és quan fan frases llargues que perdo el sentit. Es torna en un munt de paraules que hauria de connectar per donar-li sentit".*

3. *"He de prestar atenció a la gent quan em parla, sinó em confonc i no els entenc. He de pensar que volen dir les paraules... D'una sola paraula em venen al cap tota mena de pensaments diferents".*

Un treball anterior de dos dels autors del treball, Mc Ghie i Chapman (1961), conté també exemples significatius:

4. *"Els meus pensaments es barregen. Començo a pensar o a parlar d'alguna cosa però no hi arribo mai. En canvi, divago en una direcció equivocada i m'enganxo amb tota mena de coses diferents que*

poden estar connectades amb les coses que vull dir però d'una manera que no puc explicar".

5. "...tinc massa pensaments. Puc pensar en alguna cosa ...i llavors penso en una dotzena de coses connectades alhora".

6. "Tinc el cap a passeig. He perdut control. Em venen massa coses al cap a l'hora i no ho puc destriar".

7. "... M'enganxo amb una paraula o una idea i no puc anar més enllà. Sembla que m'ompli la ment i no hi ha lloc per res més".

8. "... Em puc quedar fixat en una paraula. Pot ser qualsevol paraula, fins i tot una paraula senzilla que conec bé ... és com si estigués hipnotitzat. Es com si veiés la paraula per primera vegada i d'una forma diferent".

9. "No em puc concentrar en res... Els meus pensaments vaguen en cercles sense anar enlloc. Intento llegir un llibre però ... a cada tros començo a pensar en deu direccions diferents alhora".

Crec que la claredat dels exemples seleccionats m'estalvia d'afegir-hi més comentaris.

4.3.2.6. Estudis psicolingüístics. Ja des d'una òptica més psicolingüística, cal fer menció d'un grup d'estudis que ens confirmen la tendència paradigmàtica dels esquizofrènics pel que fa a l'organització dels dipòsits lèxics.

Marchbanks i Williams (1971) consideren que les alteracions en la comunicació són el símptoma bàsic de l'esquizofrènia. Mitjançant una prova -seleccionar el nom d'un objecte, la imatge del qual es presenta, entre una llista de noms-, distingeixen els esquizofrènics d'altres pacients, de nens i de controls, per la seva tendència a acceptar, no tan sols el nom de l'objecte, sinó també associacions de l'objecte. Això les porta a pensar que tot i que el seu "magatzem" de paraules està organitzat d'una manera normal, els esquizofrènics tenen més dificultats per mantenir les fronteres entre paraules associades. Això podria ser la base per molts aspectes de les seves dificultats comunicatives.

Curiosament, deu anys abans, Burstein (1961) havia arribat a conclusions pròximes sortint de supòsits molt diferents. Burstein parteix del concepte psicoanalític de procés primari de pensament. Freud n'hauria descrit un

dels seus aspectes de la forma següent: "...els contraris no es separen un de l'altre, sinó que es consideren com si fossin idèntics". L'autor creu que la conducta verbal dels esquizofrèncics mostrarà trets propis del procés primari. En aquest sentit formula la hipòtesi de que tendiran a tractar els antònims com sinònims i els homònims com sinònims. Això és el que realment comprova en les tasques verbals que els hi proposa.

Donat que el procés primari és segons Freud, propi del somni, dels primitius i dels nens, els resultats d'aquest treball poden també donar suport a la hipòtesi de la regressió, ja comentada [2.2.1.4.].

Per la meua banda, vull recordar simplement que ja he detallat [3.1.6.] l'existència de paradigmes d'antònims i sinònims. Val a dir, igualment, que Burstein proposa una possible interpretació no-freudiana, en termes de generalització segons la teoria de l'aprenentatge.

Peastrel (1964), justament, treballa sobre generalització de respostes condicionades a homònims i sinònims. La hipòtesi és que els esquizofrèncics tendeixen a generalitzar relativament menys als sinònims que els normals. Això queda demostrat i vindria a donar suport al predomini de paradigmes fonètics sobre els semàntics.

Hogben i Jacobs (1972) empen la mateixa tasca construïda per Burstein en el seu estudi. Demostren



d'aquesta manera que els esquizofrènics tendeixen -més que els normals- a escollir homònims i antònims quan se'ls hi demana seleccionar sinònims i paraules-estímul.

Crec que tots aquests treballs es fan més entenedors si acceptem la hipòtesi del predomini paradigmàtic a nivell cognitiu i verbal en l'esquizofrènia.

#### 4.3.3. Estudis naturalistes.

##### 4.3.3.1. El sintagma trencat / El paradigma enlairat.

Fins ara hem pogut revisar molts treballs experimentals en què es prou evident la dificultat de sintagmatització inherent als processos cognitius i al llenguatge esquizofrènic. Tot seguit i ja des d'una perspectiva menys experimental, més purament descriptiva, seguirem comprovant aquesta tendència i també la tendència relacionada als "enlairaments" o embrancaments paradigmàtics.

L'extens treball de Rochester i Martin, del qual he parlat abans [2.2.2.2.1.], està enfocat al discurs esquizofrènic. Si la seva comunicabilitat disminueix és, precisament, perquè hi manquen lligams cohesius; dit d'una altra manera, els sintagmes parcials tenen poca cohesió per l'abundància de referents ambigus.

El treball de Morris (1965) va més enllà de l'àmbit lingüístic. Tenint en compte que s'ha anat fent referència, d'una forma ample, a la dicotomia sintagma/paradigma aplicada a àmbits cognitius i conductuals en general, crec justificat citar-lo.

L'autora demostra, mitjançant una sèrie de proves, que els esquizofrènics, sobretot els aguts, mostren un dèficit d'un component essencial de la conducta motivada, o dirigida a una fi. Parla en aquest cas, d'"objectius indefinits". Veiem un parell d'exemples a través de les paraules dels propis pacients:

1. *"Puc parlar molt, però no puc ficar-me en res que em porti enlloc".*

2. *"No hi ha manera de planejar - el demà sembla per mi cosa d'un altre món".*

Sheiner (1967) incideix en el mateix en el seu estudi sobre els processos de pensament de l'esquizofrènic. Crec interessant citar-la perquè està en la línia del treball anterior.

Aquesta autora estudia la distorsió del pensament organitzatiu. Destaco dues característiques que trobo particularment demostratives de les que descriu en els processos de l'esquizofrènic: 1) incapacitat de

comprendre o concebre un procés com el moviment d'una sèrie de fets en relació entre ells en el temps i l'espai; 2) incapacitat de comprendre que el que és essencial d'un procés és la unificació d'una sèrie de fets en un tot i no la unificació dels fets només perquè són contigus o consecutius.

En aquests dos darrers treballs es fa evident la incapacitat sintagmàtica en la cognició i la conducta esquizofrènica. El treball de Freedman (1974) sobre l'experiència subjectiva de l'esquizofrènia ens ho reconfirma alhora que incideix en demostrar aspectes paradigmàtics. Aquest estudi es basa en 50 testimonis (llibres o articles) de pacients que descriuen llur experiència i recull informació fonamentalment sobre l'estructura i el procés de la percepció, el pensament. Destaco les que em semblen més pertinents: pensaments molt ràpids; connexions associatives entre idees; pèrdua de significat de paraules, gent, objectes; trastorns del llenguatge; trastorns de la percepció del llenguatge i confusió de significat literal i figuratiu de paraules.

Un altre estudi clínic, ja citat abans [2.2.2.2.3.] és el de Reilly et al (1973). Recordem que, en els moments més aguts, els esquizofrènics fan unes descripcions vívides, detallades, l·listes d'esdeveniments, casi-catàlegs i es perden en un allau de detalls. He subratllat el que em sembla més clarament

paradigmàtic. L'alteració del sintagma es nota pel fet que molts pacients mostraven una desorganització considerable. Alguns eren incapaços de seguir les instruccions de parlar dels temes assignats. Totes aquestes característiques s'anaven normalitzant a mida que es produïa la recuperació clínica.

Entre els estudis clínics que mostren un empelt lingüístic he comentat abans el paper precursor de Piro [2.2.2.2.]. La hipòtesi de la dissociació semàntica que proposa s'ajusta perfectament a l'explicació en termes d'elaboracions paradigmàtiques. Totes quatre varietats de la dissociació: augment de l'halo semàntic, distorsió semàntica, dispersió semàntica i dissolució semàntica ens remeten a exemples vistos de tipus paradigmàtic.

L'estudi de Bobon et al. (1967) es concentra en un cas extraordinari d'alteració de la parla d'un malalt esquizofrènic. Els trastorns que presenta són múltiples: neologismes amb rimes i assonàncies; grups de frases curtes sense sentit però de sintaxi correcta; a voltes, llistes de síl.labes sense sentit, de vocals i diftongs aïllats, llargues sèries xifrades. L'actitud del malalt és, pel que fa a les seves expressions, altament lúdica i demostrativa d'una forta consciència metalingüística. En aquest sentit, algun dels psiquiatres que havia estudiat el cas l'havia qualificat de glossolàlia lúdica. Cal afegir que aquest pacient trasllada a l'escriptura i fins

i tot al dibuix el seu gust per jugar amb el significat, les formes. El resultat és gairebé intel·ligible pels demés: Bobon ho anomena esquizoparafàsia.

La reproducció de dos dibuixos del malalt permet copsar l'estil paradigmàtic transferit al seu llenguatge gràfic. Es perceptible, especialment en la figura 1, entroncament de lletres amb figures que van perdent tot caràcter signic progressivament.

(Fig. 1 i 2)

**Dibuixos d'un esquizofrènic**

**Estil paradigmàtic**

Lebrun (1967) es centra també en un cas especial de productivitat: un esquizofrènic que escriu un llarg text que pretén ser una tesi. Transcriu el principi del manuscrit sense traduir-lo, per raons òbvies.

1. *je dis*
2. *Jarre pleine d'huile*
3. *jarre cancer*
4. *jarre où jatte où plateau*
5. *où ventouse où canope où*
6. *amphore où verseau où*
7. *cul de jatte*
8. *cul de jatte signe caducée*
9. *de treuil*
10. *Signes Hydre de larme tête*
11. *couleuvre cou mêmes préfixes*
12. *vipères viscères id.*
13. *cobra où naja coccyx matrice*
14. *id.*
15. *Trigonocéphale décomposition*
16. *python jambes*
17. *Vraies cotes cul de jatte*

Com observa Lebrun, és evident, d'antuvi, que aquest text no sembla ser un missatge elaborat en funció d'una

informació que es vol transmetre. Sembla, més aviat, un text generat segons uns processos associatius, uns basats sobre la forma i altres sobre el sentit. Són ben evidents les al.literacions:

*je - jarre - jatte*

*pleine -plateau*

*ventouse -verseau*

*cancer - canope - cul - caducée - cou -  
couleuvre*

*cobra - coccyx - cotes - cul*

les rimes:

*coccyx - matrice*

els parònims:

*jarre - jatte*

*vipère - viscère*

Per altra banda: *jarre, jatte, plateau, canope i amphore* designen recipients, mentre que *hydre, couleuvre, vipère, cobra, naja, trigonocéphale i python* designen serps.

Lebrun es planteja fins i tot més associacions basades també en significats. Queda clara la



paradigmatització extrema d'aquest text que arriba a l'extrem de desintegrar el sintagma discursiu.

Es interessant remarcar que l'absència de valor predicatiu i la importància de les associacions formals i semàntiques fan pensar, segons Lebrun, en soliloquis infantils. Alhora proposa una semblança amb les alteracions perceptibles en els discursos dels quecs. És curiosa l'observació que fa en recordar que l'autor d'*Alicia en el país de les meravelles*, l'anglès Lewis Carroll, reputat per la seva creativitat lingüística mitjançant la combinació de paraules -les *port-manteau words*- , els jocs i dobles sentits, era, precisament, quec.

Del treball de Fontan (1974) he destacat [2.2.2.2.3.] les seves observacions sobre la consciència metalingüística de l'esquizofrènic, perceptible a través de les manifestacions dels propis pacients. La importància del paradigma es posa de relleu en la següent afirmació de Fontan: "el llenguatge queda reduït a un seguit de significants que no obeeixen més que a ells mateixos, per altra banda sovint limitats en nombre, l'ordre dels quals en el temps i l'espai sembla indiferent al locutor".

Ja des d'una perspectiva plenament lingüística - donat la professió de l'autora- m'he referit abans [2.2.2.2.3.] a l'aportació de Chaika. De les sis

característiques que descriu com pròpies del llenguatge esquizofrènic, destaco les quatre que s'apropen a la hipòtesi paradigmàtica:

1) capacitat alterada per igualar trets semàntics amb grups de sons.

2) preocupació amb massa trets semàntics d'una paraula en el discurs.

3) ús inadequat de trets fonològics de les paraules.

4) producció de frases d'acord amb trets fonològics i semàntics de paraules prèviament dites, més que seguint el tema.

Dins de la mateixa línia l'estudi de Lecours i Vanier-Clément (1976) matisa les propostes de Chaika. Recordem que aquests afasiòlegs destaquen, entre altres, els trets següents: parafàsies, telescopatges, neologismes, per una banda i glossomania formal i semàntica, per l'altra. En conjunt, doncs, l'esquizofrènia es distingeix per la producció predominant de transformacions morfèmiques i de formulacions glossomàniques. Tots dos fenòmens es poden reformular, en definitiva, com elaboracions paradigmàtiques sense perdre riquesa en la descripció.

Anys abans, Maria Lorenz va publicar un parell de treballs sobre la qüestió que constitueixen una reflexió intel·ligent i amb certes intuïcions brillants. En un primer treball (1961), aborda els problemes plantejats pel llenguatge esquizofrènic. Examina la funció d'aquest llenguatge i comprova que falla la comunicació encara que sigui suggestiu de significat. Pensa que el llenguatge esquizofrènic sembla funcionar més com a forma d'expressió que de comunicació, més com a presentació que representació. En aquest sentit, exposa el concepte de funció presentacional: fóra la forma interna que fem servir per presentar-nos en el pensament una idea, una impressió. Si no es trastorna, el llenguatge conserva una forma única, personal, obscura, com és el cas del llenguatge esquizofrènic.

Un parell d'anys més tard proposa un abordatge crític del llenguatge esquizofrènic (Lorenz, 1963) en el sentit d'anar dirigit més a la forma, la forma de representació que no pas al contingut. De l'examen d'una sèrie de casos n'extreu diverses observacions. D'aquestes vull destacar-ne les que em semblen més significatives i ajustades a la hipòtesi paradigmàtica:

tendència a jugar sobre els diversos significats de les paraules; ús d'al·legories i analogies en lloc d'expressions directes; oscil·lació del pensament entre un nivell conceptual, abstracte i un altre d'imatges; la

forma d'assignar significats pot anar des d'un refús del significat per establir-se en un punt fix fins a una dependència al significat intrínsec, absolut i fix com a referent, o sigui, dit de forma més simple, inflació o restricció de l'amplitud del significat; en general, gust pels jocs de paraules i actitud metalingüística.

El treball s'acompanya de nombrosos exemples demostratius que no transcriu i que són, òbviament, intraduïbles.

Des d'una perspectiva d'anàlisi lingüística dels "mots-valise", Grésillon (1983) constata com bojos i poetes s'assemblen en aquest aspecte creatiu del llenguatge. Del seu nombrós recull d'exemples en cito uns quants que l'autor ha expurgat de treballs clínics.

- *Mahocrist*: Mahomet + Christ
- *soussoure*: soulier + chaussure
- *en Thésumé*: en résumé + thèse
- *tristoce*: triste + feroce
- *merdessein*: médecin + merde + dessein +  
soins + seins
- *une tu meurs*: une tumeur + tu meurs

Ens aporta també el testimoni de Irigaray (1974) que en un article sobre l'esquizofrènia i la qüestió dels signe diu: "L'esquizofrènic ... és lingüista a la recerca de l'objecte perdut del seu quest (...) produint tota

mena d'associacions, de combinacions imprevistes, entre elements, o morfemes, parcialment "fabricades". (...) L'entitat lingüística on un significat representa un significat es trenca, s'esberla, es dissol. (...) ... els caràcters d'arbitrari i diferencial, (...) es troben per tant inadequats per descriure els significants esquizofrènics. (...) El significat re-manifesta el seu poder, mira d'elaborar-ne els estrats, les sedimentacions en una distribució plural (...). Per tant, no hi ha linealitat del significat en el "llenguatge" esquizofrènic.

Arribats a aquest punt, vull recordar el que a [1.2.] s'ha dit sobre la concepció de Jakobson de les funcions del llenguatge. Si tenim presents les sis diferents funcions, cada una centrada en un aspecte o element de l'acte comunicatiu, crec -per tot el que he exposat en aquest capítol fins ara- que podem acceptar en la comunicació esquizofrènica una minva important de la funció referencial i també de la conativa. En canvi, la funció expressiva passa a un primer pla i amb ella guanyen també una importància desacostumada les funcions metalingüística i poètica. Pel que fa a la funció fàtica, sembla difícil determinar el seu lloc. Si a vegades sembla totalment anul·lada, en altres ocasions, certs missatges esquizofrènics poden sustentar-se gairebé en la seva funció fàtica com si el pacient prescindís del

missatge i estigués únicament interessat en mantenir el canal comunicatiu obert.

Tot això s'ha de considerar amb prudència, donat que la variabilitat de la parla esquizofrènica fa difícil treure conclusions universalment vàlides.

Resum: He presentat, fins ara, una sèrie de treballs que permeten recolzar la hipòtesi sintagma/paradigma. En certs casos, re-interpreto en funció de la meva hipòtesi els resultats de part de la literatura revisada al llarg del capítol 2. En altres, apporto noves fonts fins ara no esmentades.

Tot seguit, presento una selecció d'exemples de malalts que he anat recollint al llarg del meu exercici professional.

#### 4.4. Recull personal d'exemples.

*La llengua és una divinitat  
a la qual hem de rendir culte.*

Claude Lévi-Strauss

#### 4.4.1. Alteracions del sintagma.

Pacient 1 (P.L.) Comentari: és una noia que presenta una esquizofrènia de curs crònic. Em porta periòdicament textos escrits per ella en què és perceptible l'estil deslligat per dificultats evidents de sintagmatització, que queden també reflectides en els comentaris que fa sobre el seu funcionament mental.

- " *No dejan de hacerse preocupaciones, pero no puedo darles enlace más que un momento de lucidez. Otros detalles adquieren un ritmo locuaz o más bien una perspectiva cuando se llegan al pensamiento, una vez que el momento en el cual se han producido sólo quede como recuerdo*".

- " *Ante estos fenómenos procuro conocer cuerdamente los textos que leo, cosa que suelo conseguir, aunque a veces el significado que pueden llegar a dar me intranquiliza al no conocerlo en la primera lectura. Otras veces repito indefinidamente una frase; este fenómeno me aletarga y me lleva a una fase de incomprensión*".

- " *Ayer estuve leyendo algún texto y al repetir hoy los últimos que había leído he visto un poco de extrañeza. Esta redundancia o repetición de conceptos que*

yo había conocido, con distinta variante, es decir cambiando la acción mental respecto a lo que supone un entretenimiento o comprensión de un mismo texto o lectura, lo encuentro peligroso porque de este modo no puedo encontrar un punto de partida; paso el día repitiendo conceptos o ideas y esto redundando en una conmoción en el momento (sic) de tomar cualquier fenómeno como una realidad".

- "Todos estos de ahora son momentos sin inspiración y apartados inlocuaces con una referencia reflexiva sin ninguna tonalidad y de la que después me arrepiento por facetas prácticas. (Esta sensibilidad con los ruidos ha podido ser un pormenor). Me olvido de cualquier cosa tenga en el pensamiento".

- "Por muchas ideas que tenga, ni les sé dar una definición, aunque, por otra parte, pueden ser escasas, y pasan tan desapercibidas, que todo me parece fantasía. Una asociación de ideas me es difícil. Y mucho más una definición cosa que en un plano más complejo he conseguido hacer. Estoy pasando de una idea a otra en un deambular sin constancia".



Pacient 2. (J.L.G.) Comentari: es tracta d'un esquizofrènic en el seu primer brot. Expressa una clara dificultat cognitiva en quant al sintagma, de la qual n'és molt conscient.

*"Me cuesta coger el significado de las frases, no de las palabras... las frases cortas, sí. Por ejemplo, chistes: tierra a los ojos... (tierra a la vista). cualquier cosa me llama la atención por la calle. Viendo la televisión me fijo solo en las palabras y las imágenes sueltas. No puedo seguir el argumento".*

Pacient 3 (A.M.) Comentari: es tracta d'un esquizofrènic amb un predomini aclaparador de símptomes negatius. Encara que no ho expressa directament, cal suposar-li un desinterès o una incapacitat greu per tasques sintagmàtiques ja que ens confessa que les seves afeccions són llegir diccionaris o la guia telefònica (!). Si el primer cas pot tenir interès i, fins i tot, denota una capacitat paradigmàtica, el segon cas sembla arribar al fons de l'empobriment cognitiu.

En els tres casos exposats sembla evident que predomina el dèficit del component sintagmàtic, la dificultat d'articular unitats en frases, o frases en un discurs.

#### 4.4.2. Elaboracions paradigmàtiques.

Pacient 4 (LL. C.) Comentari: es un esquizofrènic jove però d'evolució cronificada. Està molt dotat per la pintura i el dibuix, però presenta una conducta psicòtica, trastorns del pensament greus i un marcat autisme. M'ensenya una llista de paraules -neologismes- que ha elaborat. Li demano que m'expliqui d'on venen i el significat que les hi atorga. Hi ha un component lúdic evident.

blaubien: són les vocals que em donen una sensació, com de color: el blau i els llavis (per labien)

gumbier: dóna una cosa diferent de lo de dalt. Les "es" fan com riure. Em fa pensar en un professor que es diu Gembe.

tramiten: les consonants són diferents al principi que les dues paraules d'abans. Les vocals són semblants.

dombiena: també hi ha la "d" que abans no hi era. Es una variació de les altres, feia temps que hi pensava. Volia com jugar amb les lletres, fer com una escriptura automàtica per cap fi en particular, simplement per gust, perquè m'agrada.

permisaier: això és un accident. Es el nom d'una alumna d'allà (Escola de Belles Arts) - Es diu així? -bé, es diu Permisan o algo així. L'he posat perquè és diferent de les altres.

efalomian: la "f" no entrava aquí. Com si fos un estat d'ànim o una al.lèrgia.

sermitia: perquè hi ha sarmiento o algo així. Es com una altre expressió de tot lo anterior... no és ben bé això... és com una matriu ... serp ... servir ..."

Del conjunt declara: "Les lletres també podrien expressar les idees en un sentit de misteri ... perquè tenen com una força. Em falta la cal.ligrafia ... ho dic perquè el professor en va dir que em dediqués a fer-ne.

Són paraules que es van succeint. Les podria haver posat d'una altra manera, com si volguessin

manifestar algo que no podem expressar. Són paraules estètiques.

- Te les inventes?

- Sí.

Pacient 5 (J.J.) Comentari: destaca el component humorístic derivat de l'atenció al significat "fort" d'una paraula. Es dóna en un diàleg amb un altre pacient.

"- Te he visto haciendo sombra" (Es refereix a un exercici de boxa)

- ¿cómo iba a hacer sombra si no hacía sol?

Pacient 6 (J.R.) Comentari: Es un esquizofrènic amb un component afectiu de to maníac important.

"- La unión hace la fuerza ... la fuerza de cagar.

- Aquí no hay sitio ... el sitio de Zaragoza.

- Aquí no iba a traer un saxo, un saxo o un sexo.

- ¿telepático? ... lo que es, antipático!"

Pacient 7 (J.A.R.) Comentari: és un esquizofrènic de mitja edat i d'evolució crònica. M'explica que va veure

un error en el seu registre de naixement i hi constava com a segon cognom Fransitara i per ell això implicava que portava una tara.

Pacient 8 (F.C.) Comentari: és un esquizofrènic jove que em comenta que pot anar inventant rodolins amb rapidesa i facilitat.

"- Que me vea el Dr. Larios o sino que me partan los labios.

- Que me vea el Dr. Obiols o sino que me partan las dos (piernas).

- Que salga un seis o le corto la picha al rey.

- Si me sale un siete a una tia se la mete."

Pacient 9 (J.A.C.) Comentari: Es un estudiant de medicina que presenta un brot esquizofrènic. Un cop passada la fase aguda, ell mateix explica a través d'uns exemples com funcionaven els seus mecanismes associatius.

- "Pienso en la enfermedad de Wilson. Hay una alteración en el metabolismo del cobre. Esto me hace pensar en otro metal, el plomo y su intoxicación. Las balas son de plomo y también matan, como la enfermedad. La intoxicación por plomo se llama saturnismo. Esto me recuerda Saturno ... Mercurio ... el infierno porque Mercurio es el planeta con mas calor. otro planeta es

40 comprimidos  
VARIDASA

40 comprimidos  
VARIDASA

Venus. Por su asociación con las ninfas pienso en el sistema linfático. Como los ingleses son enfáticos saben más del sistema linfático". (Aquí es pot passar en una parafàsia involuntària donat que la qualitat tòpica dels anglesos és de ser "flegmàtics").

- "El sexto sentido es el equilibrio, los acróbatas tienen mucho, son artistas con corbata".

- "El filo del cuchillo es igual a "filo", amante, como filosofía".

- "Plutón me sugiere Platón porque Plutón es frío como el amor platónico".

(Es curiosa l'explicació que dóna el pacient, fent recurs d'un paradigma semàntic llunyà quan sembla més evident l'existència d'un paradigma fonètic).

- "Colección de cromosomas me hace pensar en hombres de color por la raíz "cromo". "

- "Tortuga me sugiere tortura. La tortuga vive mucho tiempo y la tortura es indeseable -¿Qué relación ves? - También puede ser indeseable vivir mucho tiempo."

(Com en el cas anterior, cerca l'explicació per un paradigma semàntic recargolat quan n'hi ha un de fonètic més pròxim).

Pacient 10 (J.G.S.) Comentari: Es un jove esquizofrènic. Destaca el seu gust per elaborar seguits paradigmàtics trencant el sintagma del context.

"- Això és el vent.

- *al vent, la cara al vent, ..."*

"- Estaràs per dalt?

- *Per dalt, si, pardal! ... com un ocellet"*

"- *Jo et puc donar confiança ... xampany semi-sec, xampany semi-dolç...*"

Pacient 11 (J.J.J.) Comentari: Es un esquizofrènic, mestre d' E.G.B.. Durant el seu segon brot explica l'origen de la seva idea delirant messiànica i altres associacions. Fa referència primer a les inicials del seu nom compost i del primer cognom.

- *"Tres jotas, tres sietes. -¿Por qué?*

*-Porque son tres sietes. Y sé quien soy, soy un anticristo... mira, mi segundo apellido es del Monte ... del Monte ... del Calvario. Lo cambiaron y*

he crecido en el pueblo más bonito del mundo que es San Lorenzo del Escorial".

- "datura (referint-se a la planta al.lucinògena)... de mucha altura".

- "Ganimedes ... no, es Gaminedes, viene de ganso, es una metàtesis (recordem la seva professió). Soy Gaminedes, hijo de Júpiter, hijos de la noche".

Pacient 12 (Anònim. Cortesia del Dr. L. Salvador)

Comentari: Durant el seu ingrés un pacient elabora aquesta petita llista paradigmàtica que presenta enreixada:

GUISO

QUIISO

QUESO

QUEDO

RUEDO

ASADO

Pacient 13 (J.A.) Comentari: Es un pacient amb gran productivitat pictòrica. Firma els seus quadres amb variants heterònimes. Joan, Joanet, Princep Joan, Joan



Carlos. Del seu cognom Aiguadé manifesta que vol dir camps d'aigua.

Pacient 14 (C.R.) Comentari: Es un noi esquizofrènic, molt empobrit, de mal pronòstic.

- "bicicleta té que veure amb bisexual per la bi".

Pacient 15 (I.G.) Comentari: pacient esquizofrènic amb un tò maniac, expansiu.

- "lo que necesito son melones, millones".

Pacient 16 (V.B.) Comentari: jove de 23 anys, diagnosticat de segon brot esquizofrènic. Després d'aquest segon episodi ha tingut una bona recuperació i segueix una evolució positiva. Dins d'un discurs altament descarrilat deixa anar els següents paradigmes:

- "... los salesianos, las sales minerales de los salesianos.

- San Juan Bosco, busca el bosque".

Pacient 17 (J.R.) Comentari: jove esquizofrènic. Ha presentat diversos brots. La recuperació és bastant bona entre els diferents episodis. En els moments de

reagudització presenta una gran creativitat lingüística mitjançant un joc paradigmàtic continu. Com en el cas anterior, selecciono del seu discurs amb disrupcions sintagmàtiques contínues algunes de les nombroses elaboracions paradigmàtiques.

- "Juny, si estamos realmente en junio, en catalán significa lejos, no?...

- ...pero notas, a nivel de mente que entonces sale el chiste, de mente o de frese...

- luna puede ser un espejo, ¿no? ... o luna puede ser luna a nivel de estrellas... constelaciones, planetas te remiten al libro de "El Principito".

- Alma, en andaluz sería "arma", ¿no?. Arma, armas son caballería, intendencia, avituallamiento, etc. etc.

- ... que explicara lo de la moto, ¿no? o sea, el motor, ¿no?... te explican que son cuatro tiempos, puede ser como un corazón, por ejemplo ¿no?. "Corazón" es una novela italiana ...

- Roma, al revés es amor.

- Vi cuatro veces la película "El muro".  
Hice la analogía muro-Murillo, el pintor.

- ... peor que "La saga de los Rius" ...  
Mariona Rebollo.

- Pascual Duarte le clava a la burra la  
albaceteña... Albacete, las navajas ¿no? ya no  
el pescado de navajas de comer..."

Pacient 18 (Y.E.) Comentari: Noia que ha presentat  
diversos episodis psicòtics de difícil catalogació.  
Sembla ajustar-se més al diagnòstic de psicosi reactiva  
breu que al d'esquizofrènia. En aquests episodis té  
tendència a fer dibuixos, petits textos, barreges de  
signes gràfics i lletres, poemes breus, etc.

- "boca - bocadillo - boquita - boqueta -  
buche

- Da la vuelta al mundo en globo de 180  
grados

- Ochoa esquiadora alias la anchoa gang  
siempre por España o te daré la toalla.

- Fa - mi - li - A

notas musicales lee

le - a

- ona = radio = ona = mar = ona =

cabell = ona = Barcelona

- llet = Ato = Portos = Aramis = Ram

- paper = folios = folie = locura".

40 cent. 1975  
V7 R1D7 S7  
D. conf. 1975  
V7 R1D7 S7  
V7 R1D7 S7

Pacients 19 i 20 (E.C. i J.R.) Comentari: Durant el grup de teràpia amb esquizofrènics, un d'ells comenta una derivació possible de la paraula ascensor al tapar la lletra final. Ràpidament, un altre s'hi afegeix i elaboren una llista de possibilitats eixides d'ascensor: *ascenso, censo, censor, as, sor.*

En conjunt, queda clara la força de l'eix paradigmàtic que, d'una manera o altra, es desplega al llarg d'aquests exemples.

#### 4.4.3. Tres casos significatius.

Presento, sota aquest epígraf, la producció verbal i gràfica de tres pacients que representen casos especialment significatius de funcionament cognitiu paradigmàtic. Els destaco dels demés pacients examinats fins ara per la seva peculiar productivitat paradigmàtica i comento alguns dels exemples.

4.4.3.1. Pacient P.B. Comentari: Es un noi que presenta un quadre psicòtic agut de característiques esquizofrèniques amb una rica ideació delirant i trastorns de conducta important. L'estat d'ànim és expansiu. Això, juntament amb l'evolució favorable del quadre -després de 10 anys, segueix asimptomàtic, fent vida normal-, planteja la possibilitat diagnòstica d'una forma esquizoafectiva. Durant la crisi escriu continuament poemes i petits textos. A continuació es presenten quinze d'aquests textos (Fig. 3 a 17) amb el comentari pertinent

.

*Io sono uno amanto...*

Figura 3. - Constitueix una perfecta sèrie paradigmàtica escrita en un llenguatge *pastiche* que segons l'autor és barreja d'italià, grec i altres llengües. La barreja de llengües -forma de paradigma- és també present en altres exemples.

P

FIGURA 3

Io sono uno amante stereofonico.  
 Ti estis una amante stereofonique.  
 Lei estos uno amanti stereofoniks.  
 Noi estas unos amantes idiotifoniks.  
 Voi estes uns amanti peozfoniks.  
 Vois estis uno amamanta pesanfoniks.  
 Heis estis uni fontu grecky.

V. RIL / SA  
 40 compulados  
 V. RIL / SA

P.D. / Parole saltante parole fra lei.

PAU

*Poema en pepitoria...*

Figura. 4. -Destaca el joc de paraules del títol i les rimes en "ito"



FIG. 4

Poema en pepitoria para los pepitos.

Todos los pepitos son santitos  
Como los joselitos y los manolitos  
Como los manolitos y los juanitos  
Como los juanitos y los merquitos  
Como los merquitos y los fernanditos  
Ya partir de aquí etc. etc. etc.  
y todos chimitos.

*Sueño,...*

Figura 5. - Destaquen les llistes de noms paradigmàtics i les barreges de llengües.

FIG-5 .

Suetis,

Yo he leído mal a Einstein, Forshenheit,  
García Marquez, M. Caballé, Vitorio Gasman,  
al fantasma y a todos los demás:

• San Luis, Santa Luisa de Turquía, Santa Elena  
de Troya. Aguanta que esto es fuerte.

Pero tu duerme que eres una chique  
polifónica. Suetta ...

Mais P.D. / Avec vous-même

*Esto me huele...*

Figura 6. - Destaquen les cadenes associatives provinents de la descomposició de paraules i els jocs amb termes referents a drogues (cavall = heroïna; maria = marihuana).

(P)

F. 6

Esti me hnele a chamusquina.

(Anima para el pelo.

(Ron para el cuerpo

Mucha hierba de María para los  
caballos fuertes.

↳ Cuidado con el caballito.

Seguir el camino sin doges ni  
alcohol. Si aceso María, que es verde.

YO ME QUIERO VERDE.

*Vales menos que...*

Figura 7.- Aquí es curiós el paradigma de codis emprat en quant el sistema de notes musical adquireix un doble valor.

(P)

FIG. 7

Vale menos que una bolsa de basura.

" " " " " de Freud's.

" — que " bol de arriós.

Fa " sol " sí — DO.

Wilhelm Reich

---

*Teater is per infans...*

Figura 8.- De nou una barreja de llengües (llatí/italià)  
o, dit d'una altra forma, un paradigma de codis.



FIG. 8

Teater is per infans adultis.

Cum novela dantesca

Profectis est factum.

Adjunctum capitell. le salomonicus.

Rove è la justizia.

Nesuno lo sà.

La justizia è pureza

DIVINA COMEDIA

est facta

---

Pam  
31 Feb / 1979

*Estado animado*

Figura9. -Poema molt simple, el nucli del qual és un paradigma sobre gota.

FIG. 9

ESTADO ANIMADOGota  
a  
Gota

Que el mismo se agota

¿Porqué, pero porqué?

QUI losá.

Pau

---

23 / I / 79

*Ay am otomatic lover...*

Figura 10.- Crida l'atenció el recurs a un codi fonètic de l'anglès i el paradigma semàntic en codis diferents sobre el nom del firmant.

FIG. 10

Ay am automatic lover  
automatic lover.

Ay am automatic lover  
automatic lover.

Senyors per estimar als deus  
comencem per stimarnos nosaltres  
mateixos.

Reuni.  
Ment desdoblada: teatre a la cantonada

Peace, digo Pau

---

19 Gener 1979

*Esperanza de galaxias...*

Figura 11.- La primera estrofa del poema destaca per l'abundància de repeticions, tant de paraules com de síl.labes. Del conjunt, cal remarcar la introducció d'un element, a primera vista aliè -l'etiqueta d'un producte cosmètic- que fa pensar en recursos de tipus sobreinclusiu à *la Cameron*.

Fig. 11

Espanza de galaxias incertumbles  
Eslavitud de falsos creyentes  
Falos del mundo creyente  
 Templo del macho agotado  
 Mujeres esclavas de falos  
 Hijos de falos y machos esclavas.



El universo se enfrenta  
 al hombre que por ambición  
 crea y destruye.

Muerte, ambición, ansia de vida  
 ya casi no queda nada.  
 Retoceded los que notengais  
 la fuerza natural de los mitos.

*Respeto a los sonámbulos...*

Figura 12.- Destaquen les parelles formades per oposició o per identificacions idiosincràtiques.



Fig. 12

Respeto a los sonámbulos, que de ellos es la noche. El día para los atletas, los vividos y otras gentes de mal vivir. Mi terapia es la misma que la tuya..

firmado : } Napoleón Bonaparte  
                  } Helena de Troya.

Las 2 estaban locos.

P.D. / No te mereces la Tierna creída en la que vive.

P.A.U

*PAU és un nom ben senzill...*

Figura 13.- S'aprecien jocs associatius tipus acròstic sobre el nom.

(P)  
FIG. 13

PAU es un nom ben senzill,

Té 3 lletres: P, A, U

P de puta

A de auxiliar de vol

U de únic.

Més que riure de vosaltres,

Rien vosaltres de mi.

Jo sóc senzillament un clown

un pallaso per destripar.

CINEMA CINE... TVE TVC no sé.

No me sé que existeixoooo

De què? P P P P R R R R R T T T

Pau

19 Gener 1979

*Contemplation*

Figura 14.- Ve a ser un exemple de desintegració lingüística escrita en un llatí macarrònic.

(P)

CONTEMPLATION

FIG. 14

Die sine hosti ras  
 Al ex per hosti ras  
 Cor de partis al gas  
 Die sine hosti ras  
 La xe rep ras  
 xe rep La ras  
 xe xe La La  
 La La La La  
 La La  
 Die  
 sin

*Poema*

Figura 15.- Per una banda, oposició de partícules, per l'altra, descomposició de paraules i paradigma semàntico-fonètic.

Ⓟ  
Fig. 15

# POEMA

Si, si, si  
No, No, No

Cul hebras al cul no.  
Siepes = Serpentina

Noes sentimental.  
Simple: es existencial.

fan

*Poema a los camellos*

Figura 16. - Destaca la descomposició de la paraula final, *resplandor*.



(P)

Fig. 16.

# Poema a los Camellos

Que no<sup>x</sup>, que no<sup>x</sup>

Que el camello no soy yo.

Solamente soy verde

y verde alrededor.

EXISTENCIA verde

RES

plan

O'OR

Pau

---

23 de Gener 1979

*Okupeion*

Figura 17.- De nou, un llatí macarrònic i associacions idiosincràtiques

7.9.17

OKUPEION :

Catedralis Universitis .

Farmaceutis Cliniquis .

Valientis soldadis .

Reivis fin houis .

TODY TODY TODY

VAN VAN

1005

4.4.3.2. Pacient C.R. Comentari: jove que ingressa per un quadre psicòtic hiperfrènic amb ideació delirant molt rica, possibles al·lucinacions auditives i trastorns formals del pensament. En el pocs dies d'estada a l'Hospital es mostra molt productiu. Diu que hi ha un codi de comunicació dels normals i un altre dels bojos. Ell ha descobert un tercer codi que permet la comunicació entre uns i altres. Els dos primers exemples són exemples d'aquests codis. Solen ser paradigmes fonètics, semàntics o bé idiosincràtics. L'evolució fa pensar també en un forma esquizoafectiva (Fig. 18 a 33).

Figura 18. - Ell en dóna les següents explicacions:

*Horas*

*Donas*                    Estan les tres en plural.

*Porras*

*Terra*

*Berra*                    Terra és la bola del món, una berra és una

*Meuca*                    mala dona i una meuca és una prostituta.

*Postre*                   El postre te'l donen acabat de menjar, el

*Rostre*                   rostre és la cara que poses i tot això

*Sostre*                   succeeix sota un sostre.

*Blanc*                    Blanc i negre són els colors del món i el  
*Negre*                    nou color que ha de sortir és el gris, la  
*Gris*                        unió d'ambdós.

*Còdig*  
*David*                    David és el nom d'un amic seu, en el que  
*Espit*                    té molta confiança, li dóna *espit* (marxa).

*Entenc*  
*Compren*                Amb els codis existents no es "sap", en  
*Se*                        canvi en el nou introdueix el saber.

*Busco*  
*Chusco*                 Busca un "xusco" i el troba.  
*Trobo*

*Ritme*                    El ritme ja ha estat explicat; escriu *Mite*  
*Mite*                    i *Jo*, ja que ell és un mite per haver  
*Jo*                        descobert l'origen de l'home.

*Itàlia*                    A Itàlia viu una noia que li agrada,  
*Amàlia*                    Amàlia és una noia que no coneix i estima  
*Eulàlia*                    Eulàlia és la noia que estima realment.

*Solo*                   Diu que en el nou codi no es troba perdut,  
*Perdido*               s'ha trobat; en l'altre es troba sol i  
*Hallado*               perdut.

*Tó*

*Só*                    La música és un element important ja que  
*OHHHHHH!*            ella a voltes ens dóna el ritme per a  
viure.

HORAS  
DONAS

TERRA  
BERRA  
MEUCA

POSTRE  
ROSTRE  
SOSTRE

BLANC  
NEGRE  
GRIS

CODIG  
DAVID  
ESPIT

ENTENC  
COMPRENC  
SE

BUSCO  
CHUSCO  
TROBO

RITME  
MITE  
JO

CANTO  
TANTO  
JOL

VEIG!!!

FRANGA  
PONTONS  
FRONTON

TROBO  
BUSCO  
ROBO

ARBRE  
CARDA

ITALIA  
AMALIA  
EULALIA

SOLO  
PERDIDO  
HALLADO

BUSCO  
CHUSCO  
TROBO

DIUEN  
BUSCO  
TROBO

TO  
SO  
OH!!!

Figura 19.- Noves mostres dels "codis" descoberts pel pacient.



1 RIGID	INCA	SABATA	LA MORT	- LA VIDA
2 BROGIT	GALETA	LA BATA	LIABORT	LA MIDA
3 VERGE	TOMAQUET	EL SASTRE	ES TORT	LA BODA
LA SON	RECORD	MUSICA	DEJASTRE	LA SORT
MALSON	TABAC	visita	SAPASTRE	EL MORT
SOMMI	VACA	telefon	BONASTRE	EL RECORD
JAPÓ	REGISTRE	REVISTA	- VICHY	PILOTA
PACO	DISCO	AUTOPIJTA	VIC/AQUI	REBOTA
BACO	MISTO	TRAM/VIA	VINA AQUI	RECORDA
LA CORDA	FRASE	REENCARNACIÓ	PIANO	FINAL
LA SORDA	PASE	TORNAR A LA CARN	EL NANU.	NORMAL
NO PARLA	MASSA	150 pfg. MES.	EL BANU	OKAL.
IDEA	CRIST	SENDRA	POLS	PERILL
DEV	PATATAJ	SEN RIV	POLVOJ	BERNIS
HOME	MATEJ	CAIU	CABALL	PERNIL.
BABA	HOREJ	NERVIS	TRANQUI	TEMPS
VAHOMEVA	FORA	PELVIS	BARRANQUI	MENTS
VESTEN	dUTREBALL	SELF-SERVICE	PUNKY	TENJ.
INFART	EY ALTRES	PRIM	- TABACO	QUIM
PARJ	POSTRES	MENOS	TE/BACO	TINC
ART	ROJRES.	TIMD.	VI	VINC
MANUEL	TREMOLO			
EI HOMBRE AQUEL	MOLO			
PAPA NOEL	SOC MOLT BÓ			

Figura 20. - Constitueix un paradigma assimilant números amb paraules. Com en altres exemples, destaca el recurs de barrejar nivells paradigmàtics diferents: paraules amb gràfics (com la rosa o el símbol de Deu).

Es també original el paradigma esquerra dreta / esquena dreta perquè engloba un sintagma de dos elements.

ESQUERA / ESQUENT DRETA

DRETA

OLAU	~
VERO	DRET
ROJA	☼
WLA	OLI
VERMOL	ELL
1	NÚ
2	SECONA
3	RES
4	CATRE
5	TINC
6	SÍ
7	TEST
8	VALO
9	NUEVO
10	⚡

Figura 21.- Petit poema original amb barreja de codis grafo/semàntics.

ES UN POE<sup>ta</sup>  
CVA EN VE LA <sup>su</sup>  
LO QUE <sup>es</sup>  
I SINO <sup>es</sup>

Figura 22.- Destaca l'estructura en ziga-zaga i diversos jocs de paraules.

JOAN RIERA	PARLA	AMB	SISQUET
SISQUET	"	"	XISU
XISU	"	"	XISUET
XISUET	"	"	EL MOJSEN
EL MOJSEN	"	"	MOJSE DAYAN
MOJSE	"	"	EL LUTE
EL LUTE	"	"	EI PUPAS
EL PUPAS	"	"	EL PAPUS
EL PAPUS	"	"	EY PAPUES
EY PAPUES	"	"	EL SISTEMA
EL SISTEMA	"	"	EL MANOLO
EL MANOLO	"	"	LA DAGMA

DAGMA PARLA AMB ZEN

Figura 23.- Es un paradigma molt creatiu a partir del nom d'una noia que estima.



ESTHER

ES TE'



ESTRESS



ESTRELLA



ESTAMPAT



ESTHERIL



ES TERRA



ES TEST



ES TEMA



ES RATLLA



TERRES



HER EST



ES TOT

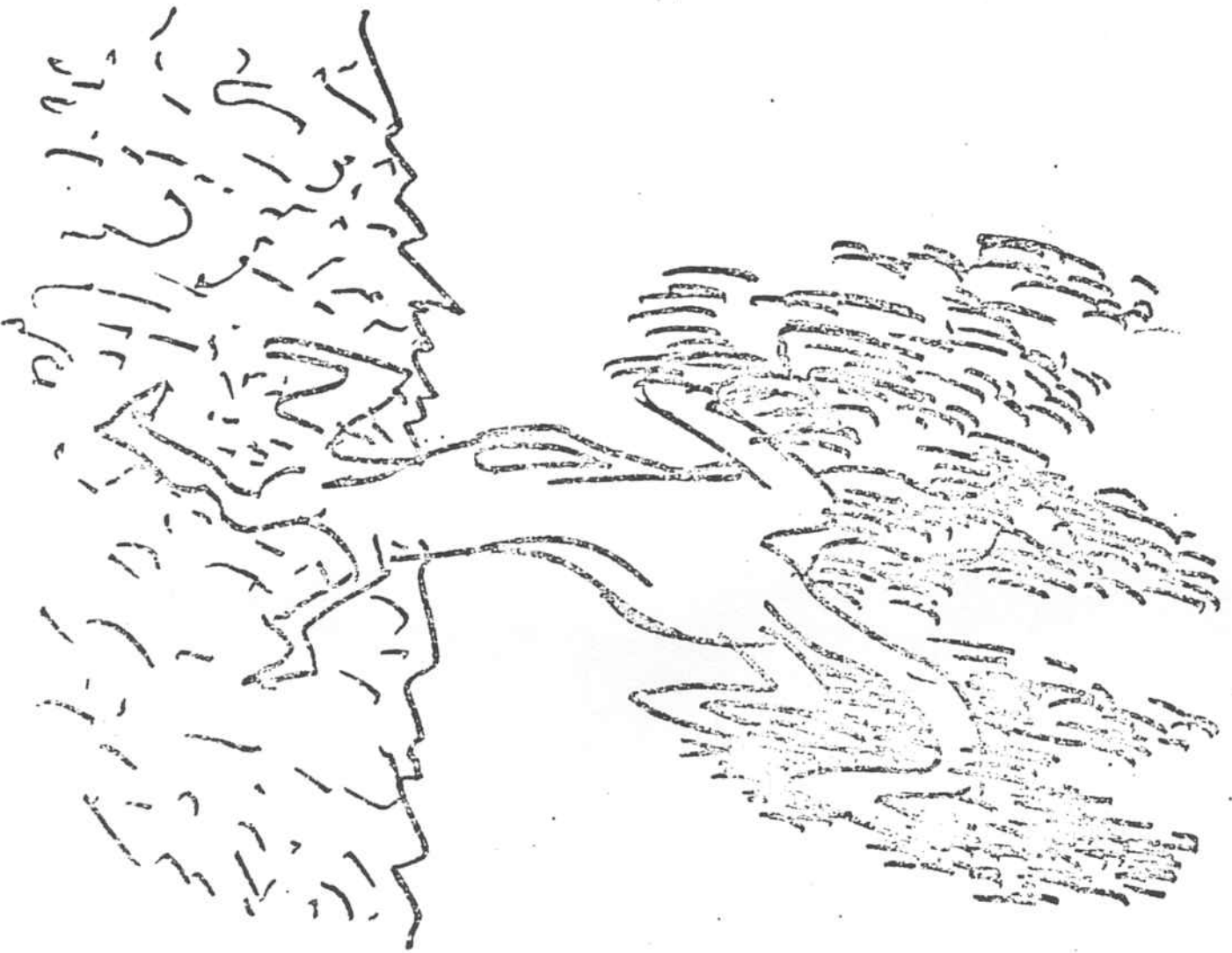
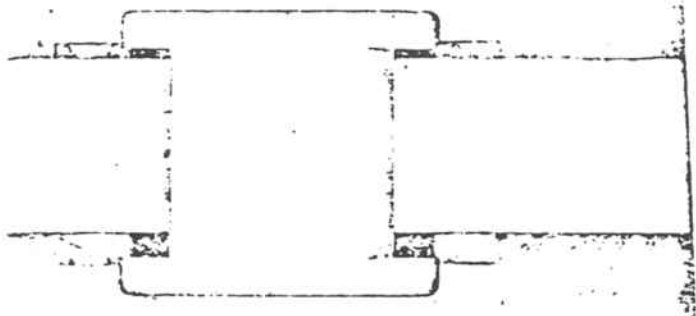


Figura 24.- Noves variacions al voltant dels seus "codis"

Fig. 24

PENTOTAL	es total
PENTOTAL	PENTOTAL
CRISIS	suore.
CRISIS	CRISIS
PERNOCTA	toda la noche
PERNOCTA	puedo salir?
PASTILLA	PAPILLA
PASTILLA	PUTADA
CASA	SACA
CASA	VIVO ahí



PUERTAS DE NINGUN

Figura 25.- Són bons exemples del seu interès per la descomposició de paraules i la riquesa associativa que n'extreu.

JO O REJ  
JO A NA



NO PALO  
PEIRÉ  
NADA  
VOS E LIS  
XELL



AMERICAN BLEND ED.

SILENCIOS,  
- MONOPOLI ARTISTIC.  
MI MADRE ESTA  
EN ASIS

mecha

LOS DE MI SECTA/OR



GATA LA LUNA  
LAS SIE IRA  
KATALUNA

DA VID

VASA RELI  
PAJA DE RELI,

LA MALDIVAS

FUUUUUM AR!!!!

LAS 6

Figura 26.- Es pot dir el mateix que el cas anterior

JER

CHI CAGO  
CHI CAGA.

RES NAIK  
RES MES.

ILLET

RETO

AR GOT

EL SECRET O EL MIJTERI

FRANK PARKINSON

LA CLAU O EL BALDO.

Ringo

Gertrud stein.

ein stein

AVIO 1984

SIGUAN

ENGEND.

EINSTEIN

REGALL

Sigo...

SISA O

EL

liquid SKI

OUIM SAN CHO

SANTI SIMÓ → XACOLATA

GAUDI

DISFRUTAR

LLU<sub>13</sub> Montej

KANT KANTUTOS

meces

lobuno

I QUE PUSO TIO?  
ESTIS PENJBT

HAS D'INVENTAR UN CODIG, aho

JOC

FER UNA FESTA R

BROSSA.

VEURE A LA SOLA



ESTHER

ESTHAR ESTAR

CASA

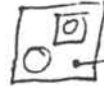
CASAR - SE

Figura 27.- Cal destacar alguna troballa com la port-  
manteau word construïda amb *hambre* i *hamburguesa* i que  
dóna *hambreburguesa*



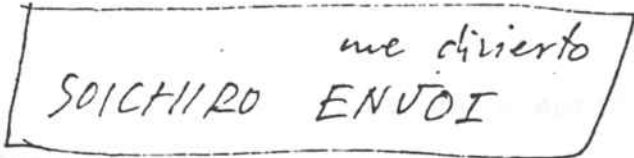
NECESITO

DALÍ ESTA ENTRE EL PÚBLICO

 YO, Y OTRO

1. ROBIN HACE LA INTRODUCCIÓN EN INGLÉS

2. ~~PS~~



 me divierto  
SOICHIRO ENVOI

HAMBRE BUR  
GUEJA.

EL CLIENTE ES LA HUMANIDAD. SOCIEDAD ESTABLE  
EL DI SUEÑADOR ~~SOY YO~~. ES FRANKIE

 LA OSTIA  
LA   
LA HOSSA

JOAN   
ANTONI LENA

XAVIER   
CUBIC 

1 STUDI

TESTU/DIumenge PAZIOS/TIA

PAZ

 KUBRICK

DEPRIVOJ A RIAS

PARTIO

TELEFONO ← BELHESA. vejez.

PAS 10 → mi paz

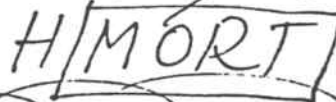
 HIMORT



Figura 28.- Poema en pentasil·labs on s'aprecien diversos paradigmes fonètics.

SI ERA UNA BROMA  
YA NO ME RIO  
AUNQUE LA SANGRE  
AUN NO LLEGA AL RIO.

LA CALLE LEJOS  
ME MUESTRA ALGO  
AUN CON GORILAS  
AUN CON UN CALVO

ESTE SONETO  
ES DE UN SONATO  
QUE ESCRIBE ALGO  
MIENTRAJ ESPERA

TODO ES MENTRA?  
TODO EJ INCIERTO?  
NO HAY NADIE UERDO  
NADIE KONKRETO

SUPERMAN PIENJA ENMI  
ESTO ME BASTA  
PERO EL RESCATE  
PERO EL RESCATE!!!!

SI HAY UN EMPATE  
GANAN LOS NEGROJ  
SI HAY UN EMPATE  
GANAN LOS BLANCOJ

YO SE' EL GRAN CODIC  
NO ES EL DEL BRACIO  
SOY LA ESPERANJA  
BLANCA O NARANJA

EL PRIMER HOMB  
FUE ALGUIEN GRAND  
SIN EL CASJETTE  
PERO CON GLANDE

TENIA RITMO  
TENIA GRACIA  
DA IGUAL LA ESCAL  
VIVIA EN GRACIA?

EN HELICOPTERO  
EN TRANSLANTIC  
EN UNA VESPA  
O CON SANCHO PANZA

(yo me voy)  
CHENG-

NOV. 1983

Figura 29.- Destaca en el requadre el fragment  
d'escriptura en espill o es *mentira*?

HA VECES PIENSO  
 QUE NADA EJ CIERPO  
 QUE EJ SOLO UN TRAYECTO  
 QUE NADA EXISTE  
 QUE NO HAY OPUESTOS  
 Y NO HAY CONTRARIOS  
 YO TENGO PERRO?  
 QUE TAL VEZ MIENTO  
 QUE ESTOY DROGADO  
 LOCO O CERRDO?  
 NADA EJ PEOR QUE LA BUDA  
 ODIO LA COINCIDENCIA  
 LA INCERENCIA PERMITIDA  
 EL ASCO O LA DEGENCIA

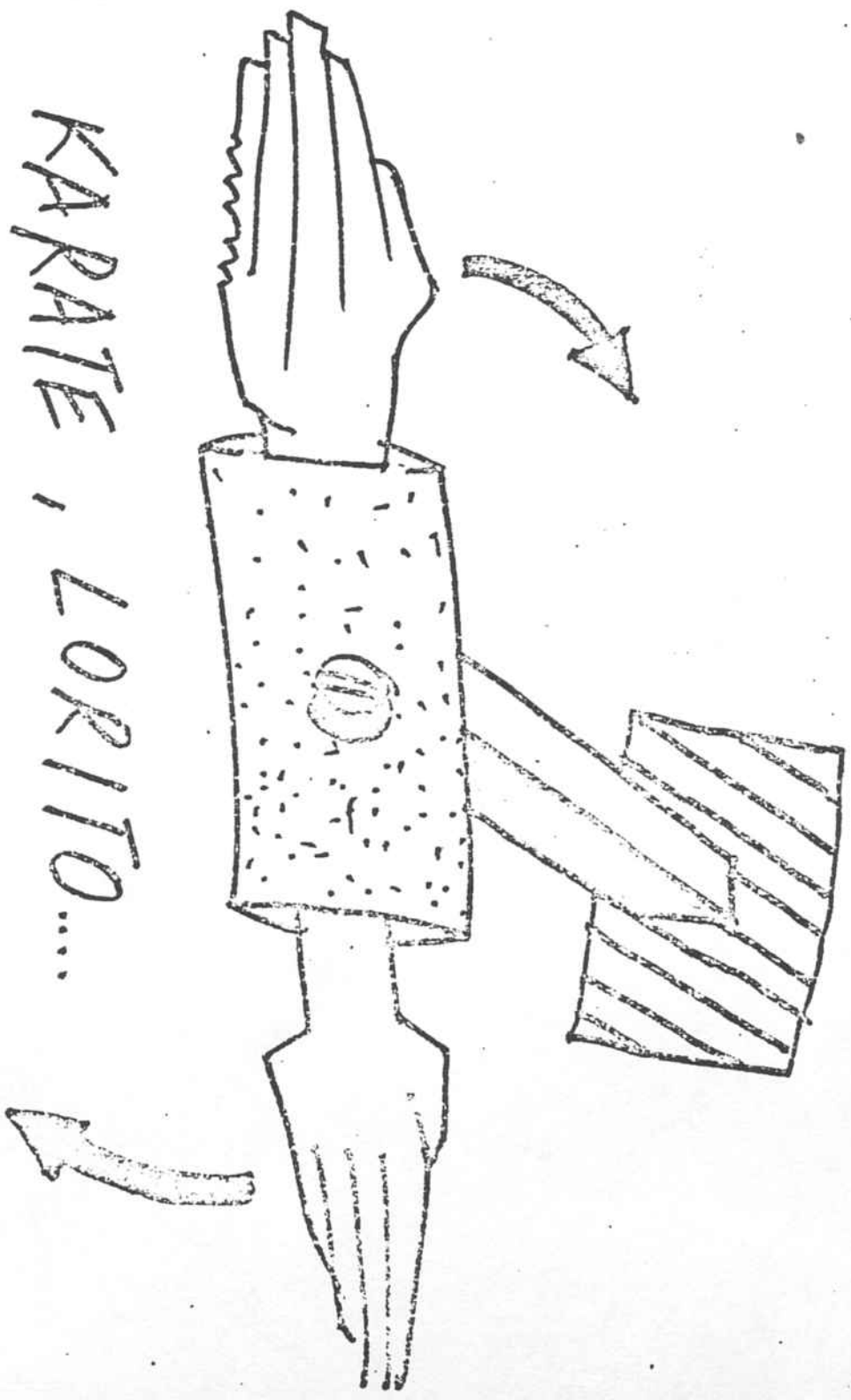
YO SOLO DEJEO UN PUNTO  
 EN VEJPA O A PIE MUY LENTO  
 PERD CEJE YA EL TORMENTO  
 Y HUYA DE MI EJE BUDA  
 QUE CON FUCIO ERA UN VILANO  
 LO SABEMOS TOS DE SOBRES

SAGITIBAS  
 EL MENTIBAS  
 QUADEAN

Figura 30.- El peu del dibuix conté un paradigma fonètic

AV TOMA  
OGIRO  
CITY

KARATE, LORITO...



EN MENTE AMPLIA NO JOSSAN MEMTES. O, TAL VEZ MEMTES

Figura 31.- Destaca l' associació grafo-semàntica sobre el nom d'una empresa discogràfica.



FIG. 31

PARTISANO  
PARTE CANO



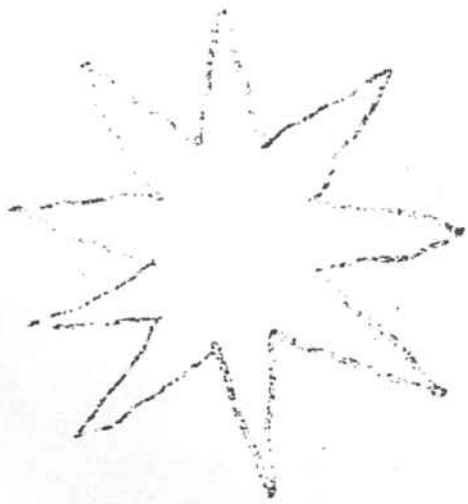
CARROCA  
CARA de OCA



OTRA HOJA  
ME URGE, O, MOJA



Figura 32.- De nou, el nom de l'estimada dóna lloc a una associació poètica.



ESTRELLA  
ESTRELLA  
ESTRELLA...

Figura 33.- Destaca el joc d'oposicions del primer grup.

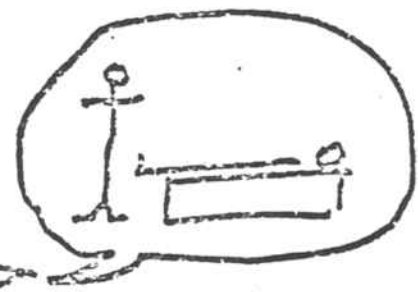
CLARO Y TENDIDO

HARTO Y ESTIRADO

CLARO Y TENDIDO <sup>CON FLEPLOS</sup>

LARGO Y TENDIDO ←

ARRIBA Y ABAJO ←



DIBUJOS SIN TAPUJOS  
DIBUJAS SIN TRABAJ.  
DICES NO MAS TRAMAS.  
SUPONES EL NIDO  
DONDE LO PONES,  
EL HUEVO??? O  
O LA GALLINA????



BUJCA TV MITIO  
AQUI ABUNDAN LOS LOCOS  
MAS INTUYO QUE NO SOMOS POCOS  
LOS QUE BUJCAMOS CON UERTA  
INSISTENCIA  
NUEVOS RITMOS DE VIDA.

4.4.3.3. Pacient P.J. Comentari: Es un esquizofrènic amb un deliri persistent de comunicació amb una sèrie d'esperits. Té al.lucinacions auditives que són justament les veus d'aquests esperits. Els textos que segueixen són la transcripció de les converses que té amb els diversos esperits. Destaco en aquest cas les diferents grafies que constitueixen un paradigma gràfic. Ell ho justifica dient que cada esperit té una lletra diferent i la seva mà es deixa guiar per cada un dels esperits en cada intervenció. Els noms que surten *-menaci, acrilium, lloncio, alanke, veral, celestes*, etc.- són justament els noms dels esperits, i són, alguns d'ells, neologismes del pacient. El text és molt incoherent perquè, segons el pacient, tan sols hi ha la meitat del diàleg ja que l'altra meitat són les seves respostes verbals.

(Figures 34 a 43)

CAPITULO I

Soy Pedro. y parece que tirié. 30

Soy Pedro-Jose y queric decirte que te  
quiero muchos si pues que leste te  
quiere muchos. Celeste si cuando acabe  
esto me fundire eternamente.

menaci yo no quiero. Negro y cada  
uno tiene su historico me ha  
cas ligados por lo que te he paado.  
Azul hay Pedro y Pedro-José y a los os queremos  
mucho. Pedro si claro todos participan  
y cuando busca novic estar contigo me  
enti contando ganas me lo que soy pero  
estoy luchando por eso.

Cuando cuando se acabe esto quiero estar  
con Pedro-Jose yo si. N

Añil es que en la novic de menaci  
Pedro-José, te quiero te quiero.

Soy menaci y te quiero si eres tu  
vale. soy yo. menaci yo t'quiero.

¡¡¡ porque regalar.

menaci una novia muy guapa  
2 meses va si te quiero decelo  
a verdad.

este es mi letra

Soy Pedro y yo a loz un poco  
 putado porque la Jais no viene a mi  
 ahora si es cierto peso e morio  
 lo besa ya vez te quierent estas  
 con lo de tu puerme no te operen. e importante  
 y una eso tambien.

menaci te quiero y te quiero. vale  
 el parente vale. todos no me quier  
 solo va de amor te quiero te quier  
 se va el primer el quier  
 yo mi amor te quiero y me voy contigo si  
 se va de todo.

menaci el no quier e.  
 y la 1<sup>a</sup> se va. vuelven i e t a c  
 y se van. pero si todos como  
 Negro. Azul se van Pedro-Jose. Soy yo  
 menaci te informo. te quiero no, vanis  
 solos. Fesa yo no tengo prisa

A cri hiva lo p/ta no  
 unidando yo si te quiero.  
 soy menaci si. Fesa como estas? me alegro.

menaci te quiero si pero yo te quiero y te deseo. es verdad.  
 no soy menaci como se va a ir  
 la 1<sup>a</sup> expedición. mas estrellas. que has hecho con Pedro no lo encuentro  
 que buscas si. te quiero a ti nunca me querrá, no.  
 Soy Pedro y gracias por la idea. me parece que si.



## CAPITULO II

menacá: estaba con Pedro pero veo que no me hará nunca caso.

Pedro a me gusta la jair es así de claro.

menacá: mi novio es Pedro-José Pedro José te gusta? Menacá: si mucho.

Pedro-José yo me gusta.

Menacá: a mí me gustas tú. te quiero.

Pedro-José: tú me quieres. menacá: así me ves.

Jol: a cabo de venir quién estais posados e

Pedro-José: deseo mejorarme. Custó ese deseo

es infinito Pedro-José ese deseo es infinito.

lo he escrito yo. Custó no te han ayudado.

como que mi Cristo. Sta. Teresa de Jesus es mio no tuyo. menacá: ya me tienes a mí.

Pedro-José: perdon Custó: me salgo del libro

menacá: por lo menos se ha deprecido.

Pedro-José: ¿los colores que hacen?

menacá: estan haciendo la tierra. Custó: lo

L.P. funciona. puedo darte la.

Pedro-José estas de acuerdo. Menacá: si.

Pedro-José: poder que bien. Buda: como es está tan llena. se está haciendo. Soy Pedro y perfecto me estoy apoderando Rojo en Verde.

Yo no me lo necesito.

menaci te quiero me voy a ti  
Pedro yo tengo mi cuerpo luchando por  
el tuyo se lo que eres el cuerpo y  
va muy bien todo cada vez hay mas  
historia y mas bonita. estoy luchando  
muy fuerte y ademas voy muy feliz  
de jir me quiere a mi, aunque no  
me le hace gracia la vida es dura y  
para ti que pasada.

menaci el quay eres tu. si te deso Pedro-José  
no eso si mas bien

Yo no paro de limpiar.  
se de cuanto le jencia la tierra. si  
LAMA-JUAN 1º ves al convento de LAMAS en el Tibet.  
Ya encontraran las señas por el camino.  
a que no dila. te quiero eso vale. si

Es un deber. esto  
dices ahi. no +1000 años  
esta nuestra partida te quiero

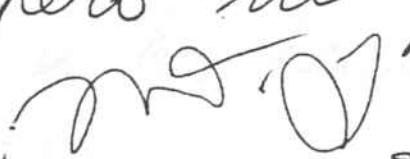

custo. fijar la fecha. Alarma. si.  
menaci y el castellano lo el s. vale

Soy Pedro tu te vales. vale. Soy Pedro no  
tu lo llevas todo si entonces tu para  
siempre mi amor Negro ya lo sabeis  
a trabajar. bien.

menacé no te quiero porque  
de dejarlo.

Negro soy negro. pues para lo quieres. entonces  
el amigo.

Negro es el poder gracias  
no menacé yo te NO no quiere salir  
no fumes que  
Custo esto que vives estaba proyec.  
para ti si unas malas energías  
tendrías que superar.

Negro fui yo pero no quiero  
que te hundan. . él  
menacé estar el en Negro 

Negro, no yo vale no no lo siento  
Blanco ha empezado Gol se ha porado en negro.  
yo no mandaba. vale y  
menacé el que. lo interj todos.  
no porque no le quisiera  
que pasa. exacto. y yo  
porque no. lo siento Blanco, no das lo que  
no estoy.

porque no quiero irme  
Pedro yo ni puedo irme. lo dejes. es el Negro  
menacé no fumes Pedro-José solo eso.  
Negro yo quiero ayudarte. y  
porque no no tiene porque?  
menacé esta quién intentando cazar este cuerpo.  
Pedro y ademas de tener lo has de saber no necesitan  
operarte para nada. el esta sobrado pero es que de  
aquí 2 y uno soy y el otro es Pedro-José. pues ni está claro.

# ALANKE EC

ROCK menacá te quiero.  
 menacá te deseo  
 eternamente si ya estamos  
 casados. a currar el planck  
 tierra. custo es cierto somos la  
 familia perfecta. Celeste si a  
 ya lo tengo aquí se ha hecho yo te  
 voy a cuidar no menos.

Acivilim tu Pedro-José la  
 novia de Menacá. /ol y  
 cuando iras bien no fumes.

Acivilim MJ es  
 el Idiota menacá muy caro.

custo ya está te ha hecho. ya está  
 en el médico. el medico es rojo en  
 naranja. si menacá te quiero  
 /ol hay una familia a ti te ha tocado  
 aguantarme. Negro: ven conmigo. es comizk  
 Pedro quía el Dios se está revelando con  
 menacá me la van a pagar.  
 menacá todos desean ser mi novia.  
 ya. custo es el de siempre.

Marron oscuro ganatelo m

marron claro pues si me gusta estan fuerte.

Dios el de las estrellas es mio.

Airil ya mio hany

Adelina con el poder es tuyo yo he decidido ser jugadora en el familia.

Ale lo explico ipa esta comiso

Pojo yo tengo uno que establece la telepatica si mucho mucho el corazon lo tengo. menaci he visto un celeste.

Celeste lo ha cogido si. Celeste estan al lado que guapo. desde fuerca de una manera. Marron claro eres amarillo.

D Varios c. Cambiarlos. Vale yo a ti. Vale.

Ya lo veremos. te curaras. Vaya no espera un momento.

D te lo voy a recortar. Vale te perdono.

menacé no he sido ~~es~~ porque  
se ha portado mal.

Dios quedarme con el único que me han  
quitado el de las bolas. si hasta 20.

3 son exclusion de la tierra. si si las plantas  
esp. Dios lo quiero ese si si es <sup>4</sup> mi  
• corazón. estrellas ese está roto. satanas te quiero  
Dios te quiere.

le puse ~~Wade~~ sigo si el 4<sup>o</sup>  
hace estrellas solo hay uno hace soles.  
transparente uno para mi vale pero tener uno.

Buda se estan peleando.

• con un momento me  
lo cargo. Gol está aquí  
no me ha gustado eso.  
vale te mande a la minic  
tan importante... vale custo le  
pide perdon esta llorando. Verde claro una  
cosa que darne. Verde claro ya está.

menacé que pasa. no. mi amor  
 mi amor, que? si dimé eso espera, no te  
 vayas. quiero saber como estas? vale.

Atanas. no tienes que  
 disuntir es tu mamá y no  
 porque saber nada. Nada.

NADA: soy una mujer si mucho y soy de ti.

. Con uno es suficiente quiero ser encantado  
 el mal comoda est' otra y eso no lo  
 pueden evitar ni con y con Menacé.

Conmigo porque. C. Uno es suf.

Si me parece que si con lo  
 siay que es. con lo gracias  
 que es. leoncio llegue la familia  
 va Bien. Dorado te limpio bien  
como lo haras. no soy yo y cuo que te quiero.

menacé Dios no por favor. si

Si he salido perdiendo se ha llevado lo mejor.  
 Si para ver si soy jefe de Negro.

menaci es radio-jose → te quiero.

Fig. 43

316

Aloncio ahora todo la family.

Crusto lo entiendo si es todo esta el ∞ lo permite viajar un tunnel del tiempo espiritual exacto/ eso tu debil no apenas que tiene como no entendemos

ALANKE ME INTERESA

VALE DE ACUERDO.

menaci te quiero te quiero se puede hacer si tu lo entiendes ah! tu muy bien y eres el

BUDA NO ES EL UNICO

de eso ademas me gusta mucho. no va vale da igual.

ah! y IRSE entiendo

atanas a efectos de pasar esta por ejemplo. vale. en la materia. Si es

la 2ª vez menaci esta aqui en amarillo

Crusto eso no se puede hacer.

menaci estan discutiendo ex. te quiero viene la guapa. Eso dijo yo te el

amarillo entiendo. menaci cuidate. lucifer me das el poder si Mefistofeles lo de amor me entiendes vale. va aparte si que bien



Resum: aquest apartat està format per una recollecció d'exemples de la parla i l'escriptura de malalts esquizofrènics.

Es posa de manifest així l'activitat de l'eix paradigmàtic que presenten aquests pacients.

#### 4.5. Analogies d'arrel paradigmàtica entre esquizofasia i altres formes lingüístiques.

A l'apartat [3.2.] he anat presentant diverses formes lingüístiques on és perceptible l'actuació del paradigma. Algunes d'elles són parentes, en certs aspectes, del llenguatge de l'esquizofrènia i s'aniran presentant tot seguit. L'aspecte de disrupció sintagmàtica pot ser-hi, evidentment, també present i, eventualment, s'anirà comentant.

##### 4.5.1. Afàsia i esquizofàsia.

La relació entre les alteracions del llenguatge de l'esquizofrènia i les afàsies té una llarga història. Ja els grans clàssics de la psicopatologia van parar atenció a les similituds existents en certs casos. Donat l'enfocament organicista d'alguns d'ells, com Kraepelin i Kleist, era lògic que pensessin en una certa unitat entre

la parla alterada d'una entitat que postulaven com orgànica -la *dementia praecox* o esquizofrènia- i la parla afàsica pròpia de certs trastorns orgànics cerebrals.

He parlat ja, en el seu moment, de l'obra de Kleist [2.2.1.3.]. Vull ampliar aquí alguna de les seves aportacions. Per exemple, dins de l'esquizofrènia confusional -un dels quatre tipus que descriu-, hi distingeix tres subtipus: esquizofrènia amb llenguatge confús, caracteritzada per alteracions afàsiques sensorials i localitzada en el lòbul temporal esquerre; esquizofrènia paralògica, caracteritzada per agnòsia ideacional, localitzada en el lòbul occipital i l'esquizofrènia incoherent, caracteritzada per trastorns paralògics i parafàsics i localitzada en el diencèfal. Tot això, en especial l'aspecte localitzacionista, no s'aguanta gaire avui dia però, de tota manera, com subratlla Andreasen (1985), cal valorar la contribució de Kleist pel reconeixement de que certes formes d'esquizofrènia s'assemblen molt a les afàsies i pel seu convenciment de que l'estudi minuciós de síndromes clíniques específiques podia ajudar en el desenvolupament d'una caracterització del trastorn cerebral de l'esquizofrènia.

Angyal (1933) veia punts de contacte significatius entre els trastorns afàsics i certs trastorns del llenguatge esquizofrènic: la parafàsia, la paralògia,

l'"amanida de paraules", part del llenguatge neoformat i la perseveració. Per ell, això aniria associat a lesions dels ganglis basals.

Adolf Schneider (1927) descriu els trastorns esquizofàsics que divideix en disfàsia i parafàsia. Creu que tenen una semblança formal amb l'afàsia motriu i sensorial i són comparables als trastorns derivats de lesions en els lòbuls frontal i temporal.

Schilder és un altre dels convençuts de la base orgànica de l'esquizofrènia i de la semblança dels seus trastorns de llenguatge amb els afàsics. Junt amb Curran (Curran i Schilder, 1935) publica un estudi sobre signes parafàsics on compara esquizofrènics amb lesionats cerebrals.

Després d'aquests autors clàssics passen molts anys durant els quals sembla haver-hi una manca d'atenció sobre la relació afàsia /esquizofàsia gairebé total. El treball del neuròleg Mc Donald Critchley sobre "La neurologia de la parla psicòtica" (Critchley, 1964) és una de les excepcions. Critchley creu pertinent un abordatge afasiològic als trastorns del llenguatge psicòtic. Reconeix la diferència que tenen amb el llenguatge de les demències, per exemple, però accepta una certa superposició, al menys en trets superficials. En certs casos admet la dificultat per distingir uns i altres, per exemple, pel que fa a neologismes i

jargonofàsia. De tota manera, Critchley acaba marcant la diferència quan escriu que el pacient afàsic "*falla en la seva comunicació en virtut d'una inaccessibilitat, si no una pèrdua, dels símbols verbals en el pensament. En l'esquizofrènia els propis processos de pensament estan alterats però els símbols verbals resten intactes i a l'abast*". En aquest sentit estaria d'acord amb un altre neuròleg il·lustre, Benson, que va analitzar el problema (Benson, 1975).

Una altra de les excepcions al buit de treballs durant molts anys és l'estudi de Rümke i Nijan (1958) que es pregunten si el secret de l'esquizofrènia rau en un trastorn afàsic a alt nivell, fins al moment desconegut.

A finals dels anys 60 assistim a un interès renovat en comparar esquizofrènia i producció afàsica. Es torna a posar en qüestió la postura de que la relació és superficial i es tornen a plantejar obertament postulats com els que defensaven Kraepelin, Kleist i altres autors ja comentats. Cal afegir que, a partir dels anys 70 i 80, les noves tècniques d'estudi de les asimetries cerebrals, els estudis de tomografia axial computaritzada i les noves aportacions de la neuroquímica permeten donar una base molt més sòlida en quant a la implicació orgànica en l'esquizofrènia.

Ruzicková et al. (1966), per exemple, van fer un minuciós estudi comparatiu entre 20 pacients afàsics i 20

esquizofrènics, la meitat dels quals mostraven incoherència fins al punt d'ajustar-se al concepte de Kraepelin d'esquizofàsia (confusió verbal amb conducta relativament mantinguda). Doncs bé, amb mètodes experimentals d'examen, el subgrup d'esquizofàsics s'aproxima al grup d'afàsics mentre que el subgrup d'esquizofrènics sense incoherència es diferencia en la majoria de criteris.

Ja s'ha parlat d'aproximacions lingüístiques, com la de Chaika. Recordem, simplement, que Chaika creu que alguns parlants esquizofrènics presenten una "afàsia intermitent" que descriu en termes lingüístics [2.2.2.2.3.]. Recordem també que els afasiolegs Lecours i Vanier-Clément ho discuteixen adoptant la postura ja descrita d'altres neuròlegs com Critchley i Benson de que en l'esquizofàsia l'anormalitat rau a un nivell cognitiu, més profund que el lingüístic.

Faber i Bierenbaum (1981) examinen un grup d'esquizofrènics que divideixen en dos subgrups en funció de la presència o absència de trastorn formal del pensament (descarrilament o associacions laxes). El subgrup amb aquest trastorn es considera esquizofàsic, mostra una sèrie de disfuncions lingüístiques importants, comprovades a través de diversos tests emprats en afàsics. En aquest sentit i seguint camins clàssics, com s'ha vist, proposen una comparació de l'esquizofrènia

esquizofàsica amb l'afàsia de Wernicke (sensorial) que es caracteritza per parla fluida parafàsica i trastorns en comprensió, repetició i localització de paraules.

Andreasen (1982) es mostra interessada en la idea d'assimilar les alteracions del llenguatge esquizofrènic als trastorns afàsics. Duu a terme un estudi en tres fases:

- Fase I: descripció clínica amb definició de termes i determinació de la freqüència de llenguatge desorganitzat en una mostra ampla de psicòtics.

- Fase II: Determinació funcional d'anormalitats de cara a determinar si es donen dèficits específics en la competència lingüística.

- Fase III: Determinació neurològica i anatòmica de cara a determinar si el llenguatge altament desorganitzat es pot relacionar amb anormalitats cerebrals específiques.

Les conclusions que treu són les següents: - el 40 % dels esquizofrènic mostren un contingut de paraula empobrit, encara que sovint sigui en grau lleu. Aquesta síndrome recorda l'afàsia transcortical.

Només un 16 % d'esquizofrènic mostra una parla incoherent que és altament reminiscent de l'afàsia de Wernicke. Aquests pacients mostren una parla fluida, sintàcticament ben formada però que dóna una impressió

general de jerga poca-solta. Aquesta impressió deriva de substitucions semàntiques de tipus parafàsic de paraules i frases i d'una tendència a lligar paraules en base a relacions fonològiques o semàntiques més que temàtiques.

Andreasen espera que la classificació dels esquizofrèncics basada en alteracions del llenguatge sigui un mètode útil per estudiar la disfunció cerebral en l'esquizofrènia, ja que les funcions lingüístiques estan relativament ben localitzades en el cervell.

El treball de Morice (1986) és molt interessant per diversos motius. D'entrada, perquè està convençut de la necessitat d'emprar estratègies psicolingüístiques i neurolingüístiques de cara a identificar lloc i disfuncions en malalties com l'esquizofrènia. En segon lloc, perquè, en descriure els diferents subsistemes del llenguatge -fonològic, lèxic, semàntic, sintàctic i pragmàtic-, es deté a considerar el doble eix sintagmàtic/paradigmàtic existent. Morice comenta que els pacients amb afàsia de Wernicke (afàsia posterior) tenen diverses dificultats amb les unitats lèxiques de contingut i amb la seva classificació en línies paradigmàtiques. En canvi, els que tenen afàsia de Broca (afàsia anterior) poden produir unitats lèxiques de contingut, però fallen en les unitats de funció i morfemes gramaticals. Si hi ha problemes lèxics impliquen les relacions sintagmàtiques. Però el panorama no és tan

senzill si tenim en compte la revisió que Morice cita de Caramazza i Berndt (1982). Diversos experiments permeten comprovar que els afàsics posteriors (i no els afàsics anteriors) mostren un dèficit en vàries dimensions del funcionament lèxico-semàntic. Tenen dificultats en reconèixer contextos funcionals i associacions funcionals d'objectes reconeguts i fronterers i tendeixen a ampliar les categories semàntiques per incloure associacions no relacionades.

Evidentment, tot això fa pensar en el concepte d'associacions laxes i altres descripcions d'alteracions esquizofàsiques vistes abans.

En les seves conclusions, Morice assenyala que les diferències quantitatives en quant a la disfunció lèxica entre esquizofrèncics i pacients amb afàsia de Wernicke no han de fer oblidar la semblança qualitativa.

Per altra banda, pel que fa al component sintàctic, Morice ha comprovat canvis (en el sentit de complexitat reduïda) en els esquizofrèncics. Això confirmaria la impressió clínica de Kraepelin i Kleist, encara que s'oposa a les conclusions de gran part dels investigadors sobre el llenguatge esquizofrènic.

Arribats a aquest punt, cal reconèixer que el panorama sembla una mica confús. Certament, sembla haver-hi punts de contacte entre esquizofàsia i certes formes



d'afàsia, però no sempre és fàcil articular les troballes en relació a la dicotomia sintagma/paradigma i la hipòtesi subseqüent exposada. A aquesta situació hi contribueix el fet que la pròpia afasiologia, tot i el seu desenvolupament més refinat respecte als estudis esquizofàsics, dista de tenir els seus models nosològics i etiopatogènics definits i acceptats per tothom. Dit d'una altra manera, les classificacions occidentals dels trastorns afàsics no semblen tenir en compte la dicotomia sintagma / paradigma que serveix a l'escola russa de Luria de base per la seva classificació de les afàsies.

Per tot, això cal que tornem a recordar el que s'ha exposat sobre llenguatge afàsic des de l'òptica luriana [3.2.12]. Vull remarcar simplement les formes afàsiques més pròximes a les anomalies que es poden donar en l'esquizofrènia, distingint les alteracions de l'aparell sintagmàtic de les de l'aparell paradigmàtic.

Quan abans he ressenyat l'aportació de Luria, hem vist que dintre les alteracions de l'aparell sintagmàtic hi ha diverses possibilitats en funció de que la lesió sigui més o menys intensa i, sobretot, més o menys anterior. Tant la tendència ecolàlica d'uns casos, com la tendència a la repetició i perseveració d'altres casos o l'aparició d'enllaços secundaris incontrolats o d'estereotips inerts d'altres, s'ajusten perfectament a descripcions que hem anat fent de pacients

esquizofrènics. L'esquema que proposa Luria corresponent als malalts amb una síndrome frontal greu [Fig. 1 del Cap. 3] es pot perfectament adequar a algunes de les formes esquizofàsiques. Caldria matisar que en el cas del descarrilament esquizofrènic -pròxim a les "associacions incontrolables" de Luria- les associacions no foren atzaroses ja que podríem anar-hi trobant un fil paradigmàtic més o menys clar.

El cas de l'afàsia dinàmica, amb la seva pèrdua del llenguatge espontani desenvolupat i conservació d'altres aspectes del llenguatge, pot recordar l'esquizofrènic mutista que potser està bloquejat per una mancança en l'estructura predicativa del llenguatge intern. Fóra un cas extrem de disrupció sintagmàtica.

El darrer tipus descrit per Luria dins de les alteracions del sintagma és el que dona lloc per falles sintàctiques, a l'estil telegràfic com a resultat. Ja hem vist que Kraepelin, Kleist i Morice descriuen possibilitats similars en l'esquizofrènia.

Les alteracions de l'aparell paradigmàtic es fan, potser, més difícils d'ajustar a les descripcions dels trastorns esquizofàsics, tot i que hi han punts de contacte evidents. Aquests punts rauen en l'existència de parafàsies literals o verbals (semàntiques) en el cas de l'afàsia motora aferent.

Cal tenir en compte que la hipòtesi que proposo referent a l'esquizofàsia no té perquè ajustar-se exactament a un tipus d'afàsia. La disrupció sintagmàtica encaixa força bé, pel que hem pogut veure, però el que anomeno elaboracions paradigmàtiques fa referència al que fóra un alteració de l'aparell paradigmàtic de tipus positiu, en el sentit que Hughlings Jackson proposa. Es a dir, la resultant d'un alliberament de la inhibició que normalment existeix sobre aquest eix cognitiu-lingüístic. Les alteracions descrites per Luria en l'afàsia foren, en canvi, més de caire negatiu respecte a l'aparell paradigmàtic.

De tota manera, crec haver palesat la possibilitat de relacionar l'esquizofàsia amb diverses formes afàsiques en virtut de la dicotomia sintagma / paradigma.

#### 4.5.2. L'enguatge creatiu i esquizofrènia.

*La intel·ligència més àrida arriba a donar cent voltes en matèria de profecies a tots els savis del món quan és tancada en un manicomi.*

Jean Paul

La vis creativa de l'esquizofrènia és un tema recurrent en el camp psiquiàtric. La controvèrsia entre els que remarquen l'aspecte empobridor, negatiu de la malaltia i els que defensen la seva possibilitat creativa és gairebé tan vella com el reconeixement de la malaltia. Els tòpics populars solen acceptar una força creativa en la bogeria que s'aparella a la genialitat i a la capacitat poètica. La tradició ve de lluny perquè, segons ens recorda Rothenberg (1983), ja els savis antics deien coses semblants: per Plató la inspiració poètica era una forma de bogeria divina i per Aristòtil, tot gran geni tenia quelcom de boig.

El propi Bleuler admet que, en formes lleus, l'esquizofrènia pot afavorir la creativitat, però no fa explícita la seva afirmació.

Gruhle (1929) proposa que les anormalitats de la parla esquizofrènica no són parafàsies, més enllà del seu control. No existeix, per ell, un trastorn bàsic del pensament, sino que l'esquizofrènic s'expressa així per poder descriure les seves experiències, d'altra forma indescriptibles.

La *Verschröbenheit* (rarsa, peculiaritat) marca la vida de l'esquizofrènic i totes les àrees de la seva conducta. Gruhle compara "l'estil esquizofrènic" resultant amb la vida de gent excèntrica i artistes

creatus, en especial alguns com Van Gogh, Strindberg o Hölderlin que van patir un trastorn esquizofrènic.

Strindberg, justament, és analitzat per Storch (1924) en un moment de trema psicòtic, és a dir, quan tot el món que l'envolta es carrega de significacions noves. Sembla implícita certa creativitat -l·ligada a una cognició paradigmàtica- en la descripció que en fa Storch: "*Totes les coses perden llurs límits concrets, es fan iridescents amb diferents significacions de tots colors, de significats impenetrables*".

Ja més tard, Forrest ha defensat idees similars a les de Gruhle posant de relleu la proximitat de l'esquizofrènic amb l'artista. En un primer article (Forrest, 1965) titolat "*Poiesis and the language of schizophrenia*", es dedica a comparar alguns aspectes del llenguatge poètic i de l'esquizofrènic. A través d'aquesta comparació, Forrest conclou que les invencions i aberracions lingüístiques de l'esquizofrènic són volgudes i no es deuen a una incapacitat per "fer servir paraules com els demás". Creu que poetes i esquizofrènics tenen en comú la *poiesis*, que ve a ser la cerca d'un ordre extern en el llenguatge per atorgar autoritat a desitjos similars. Defensa l'ús de metàfores lingüístiques perquè poden servir per precisar millor els significats. L'any 1969 publica el cas d'un esquizofrènic que titlla de savant per haver -entre altres habilitats-

encunyat un lèxic de noranta paraules. En cito un parell, com exemple, amb la seva possible traducció i la definició del propi pacient:

*Malmentation (malmentació): malaltia de la ment o del cervell. Forma defectuosa de la ment. Rimes amb malformació. El Sr. N. l'infermer, només té 2 dits a la mà esquerra.*

*Superhabitology (superhabitologia): estudi tant de bons com de mals hàbits.*

Forrest fa un estudi rigorós d'aquests neologismes. N'estudia minuciosament els mecanismes de formació i es reafirma en el seu convenciment de que la utilitat d'aquests neologismes rau en la capacitat d'augmentar la potència per complir desitjos, o sigui el que anomena *poiesis*. Particularment, el que m'interessa destacar és que els mecanismes per encunyar aquestes neoformacions segueixen les línies paradigmàtiques descrites abans [3.2.1. i 3.2.2.], sobretot combinacions, condensacions, adició de sufixos i afixos i tot això amanit d'alguna etimologia popular.

En un darrer estudi (1976), Forrest sosté que les expressions desviades o anormals sovint són indicatives d'una ment vibrant i que els processos de pensament de

l'esquizofrènic, si bé difereixen dels estandars normals de pensament no són gaire diferents del pensament poètic o artístic normal. Els esquizofrènics són hàbils en la polisèmia i la neologia, com els artistes empren la incongruència i multipliquen el significat. Aquest llenguatge pot ser lògicament invàlid però no forçosament sense sentit o alterat.

Evidentment, Forrest va molt lluny i la seva posició es fa difícil de defensar. Muscari (1979), per exemple, en fa una crítica ferotge. Hem de retenir, però, el paral·lelisme que fa entre poesia i esquizofàsia per la similitud dels recursos emprats.

Reed (1970), en la seva revisió, es fa ressò d'aquesta qüestió que, insisteixo, no és nova. Accepta la semblança de poesia i parla esquizofrènica, tant per l'ús d'associacions, conceptes i condensacions inusuals, com per la desviació de l'estructura sintàctica i tipogràfica normal que totes dues poden presentar. Els exemples que aporta de dos poetes anglesos, Dylan Thomas i E.E. Cummings, recolzen la seva afirmació. Reprodueixo un d'aquests exemples (de Cummings) per fer-ho palès:

*unununun?*

*butbutbut??*

*tonton???*

*ing????*

Reed ho compara amb el cas citat per Kraepelin i reproduït a [4.2.1].

Critchley (1964) en el treball citat abans [4.5.1.] sembla esgarrifat i astorat per aquestes semblances entre el que anomena "literatura neotèrica" i el llenguatge psicòtic. Cita exemples de Joyce, Louis Aragon, Picasso i, també, de Dylan Thomas.

Per alguns, la resposta al problema pot venir, més que per acceptar l'arrel comú dels mecanismes creatius via paradigma, per trobar cert grau de psicoticisme en aquests creadors.

Així, Andreasen, en el seu treball sobre James Joyce subtitolat "Retrat de l'artista com a esquizoide" (1973) sembla inclinar-se per aquesta postura. Si bé per una banda ens recorda que els fills normals de mares esquizofrèniques semblen tenir més afeccions o talents creatius que els de mares normals -cosa que suggereix un lligam genètic entre esquizofrènia i creativitat-, per altra banda insisteix en l'aspecte patològic de la personalitat de Joyce. Cita a Jung que va ser el psiquiatra de la filla esquizofrènica de Joyce i que pensava que Joyce era, en realitat, un esquizofrènic que mantenia la seva malaltia compensada a través de la seva gran intel·ligència i de l'ús liberal del seu tranquil·litzant favorit, l'alcohol.



Andreasen -professora de literatura abans que psiquiatra, no ho oblidem- considera que l'últim fill literari de Joyce, *Finnegans Wake*, ha de ser diagnosticat de psicòtic, com la seva última filla biològica. Descriu una sèrie de trets de personalitat de Joyce, entre els que destaca l'egoisme i l'egocentrisme, com esquizoides.

Rothenberg (1983) investiga el tòpic de la creativitat en la psicopatologia mitjançant un curiós experiment en el qual compara pacients psiquiàtrics diversos, premis Nobel (!) i estudiants com a control en una tasca d'associació de paraules. Parteix d'un treball previ (Rothenberg, 1971) en el qual proposa que la cognició creativa es basa en un procés que anomena janussià (del déu clàssic de dues cares, Janus). Aquest procés cognitiu consisteix en la concepció activa de dos o més contraris o antítesis simultàniament en el curs del procés creatiu.

En aquest procés, paraules, idees o imatges oposades o antitètiques es classifiquen i defineixen i es conceptualitzen de cantó com si coexistissin simultàniament.

Penso que aquest procés és pròxim a una de les formes paradigmàtiques descrites, el d'antònims o contraris i permetria explicar la vis creativa que per mi té la cognició paradigmàtica.

El treball experimental de Rothenberg no sembla, però, aportar dades en aquest sentit, donat que conclou que els pacients es mostren poc creatius. Cal dir que és molt discutible la metodologia emprada que crec que invalida les seves conclusions, al menys si es pretén extrapolar-les a l'esquizofrènia. Efectivament, en el seu grup de malalts tan sols hi ha dos esquizofrènics. Caldria, en tot cas, seleccionar un subgrup d'esquizofrènics que mostressin una capacitat paradigmàtica alta per comprovar, amb un nombre adequat de pacients, la seva capacitat creativa.

Buck i Kraner, en canvi, posen èmfasi en el potencial creatiu en l'esquizofrènia (1977). Intenten demostrar-ho mitjançant la seva experiència de set anys de taller de poesia realitzat amb esquizofrènics hospitalitzats. Creuen que les experiències de la malaltia poden ser una font de creativitat per l'accés al simbolisme o a la fantasia en general que procuren al malalt. No és casual, penso, que l'expressió concreta d'aquesta creativitat surti en forma de poesia. Això ens ha de reafirmar en la hipòtesi paradigmàtica.

La controvèrsia, en conjunt, no sembla acabada. De tota manera, pels testimonis que he citat, pels exemples abans presentats [4.4.], sobretot els 3 casos darrers, crec que es pot acceptar, almenys en un subgrup

d'esquizofrèncics -els que podem titllar més pròpiament d'esquizofàsics- aquest potencial de creativitat.

4.5.3. El llenguatge de la regressió i l'esquizofàsia.

El mot "regressió" té una certa càrrega negativa que pot desvirtuar el que tot seguit vull exposar. De tota manera, ha estat emprat abundantment en la literatura per referir-se a formes cognitives pròpies de la infantesa o de pobles primitius i jo mateix l'he utilitzat abans [2.2.1.4.] i [3.2.1.]. Insisteixo, però, en intentar despullar-lo de la seva connotació pejorativa.

La hipòtesi de la regressió respecte a la cognició esquizofrènica és força antiga i he presentat les idees de Storch al respecte [2.2.1.4.]. Al llarg del nostre segle, trobem, des de perspectives ben diferents, treballs que apunten en el mateix sentit, com de costum, contradits i discutits per altres.

White (1926) ja va considerar l'esquizofrènia com uns psicosis de regressió però es va cuidar molt de subratllar que, en comparar el pensament esquizofrènic amb el del nen i primitius, parlem en termes d'analogia.

Woods (1938) combrega amb aquesta idea. Comprova diverses analogies entre el llenguatge infantil i

l'esquizofàsia. En destaco una que em sembla especialment basada en l'activació paradigmàtica. Diu Woods que sovint la paraula, degut a la facilitat d'associacions amb altres paraules, esdevé temporalment la categoria. El llenguatge deixa de ser un medi d'intercanvi i esdevé el contingut del pensament. Si pensem en la fascinació per les paraules que mostren els infants, vista a [3.2.7.] copsarem perfectament l'analogia.

Vigotsky (1934) insisteix en la similitud, que no identitat entre nens i esquizofrèncics i titlla el pensament esquizofrènic de regressiu. El motiu principal d'aquesta atribució és el retrocés d'una forma conceptual de pensament al pensament en "complexos" que és una fase prèvia ontogenèticament. Recordem que, segons defineix Vigotsky, els complexos són un tipus de generalització elemental simple pròpia del nen i del primitiu.

Aquesta forma cognitiva ve a ser un pensament associatiu en el qual es relacionen entre sí grups de diferents elements. Tal com ho descriu Vigotsky aquest pensar en complexos recorda les formes paradigmàtiques d'organització cognitiva.

Pel psicòleg rus, el nen i l'esquizofrènic es troben amb dificultats per l'estadi superior del pensament, el de formació de conceptes, i tendeixen a basar-se en diversos tipus de processos associatius propis del pensament en complexos.

Recordem que Storch (1924) emprà també el concepte de complexos. Per ell esquizofrèncics i primitius s'assemblen perquè pensen en complexos: compostos de fragments heterogenis percebuts i sentits com unitats. Dins d'aquesta línia, Storch destaca que un simple tret destacat posseït en comú per objectes diferents és suficient per connectar les coses més heterogènies. Val a dir que aquest aspecte l'he comprovat a bastament tant en la cognició com en la percepció dels esquizofrèncics. Aquest funcionament resulta clarament paradigmàtic.

He citat ja el treball de Burstein (1961). Recordem que comprova en els esquizofrèncics la tendència a considerar antònims i homònims com sinònims. En un treball anterior (Burstein, 1959) demostra que els nens mostren la mateixa tendència. Recolza, per tant, la teoria de la regressió.

Arietti (1967) seguint les teories de Von Domarus [2.2.1.5.] enuncia un "2on. principi de paleologia" propi, segons ell, del pensament esquizofrèncic. L'individu que pensa de forma paleològica s'interessa principalment per les denotacions i verbalitzacions i té un trastorn en la capacitat de concretar. De nou, aquestes consideracions ens fan pensar en la cognició paradigmàtica.

Bernardi (1969) segueix a Von Domarus, Arietti i a Piro, entre altres, per analitzar un cas i donar suport a la regressió.

Cal dir, també, que sempre hi ha hagut oponents a la teoria de la regressió. Ho (1974), per exemple, argumenta contra els principis de Von Domarus / Arietti en base a una prova d'inferència lògica que fa passar a un grup d'esquizofrèncics.

Goldman forma part dels que estem a favor de la regressió. Estudia dues característiques del funcionament simbòlic en esquizofrèncics: acord de significat entre la gent (consens) i estabilitat en el significat en una mateixa persona (univocitat). Dels seus resultats conclou (Goldman, 1962) que els esquizofrèncics, com els primitius i els nens, són menys consensuals i menys estables en l'expressió de significats.

En un estudi sobre la tendència a la concreció mitjançant proves de Piaget, Strauss (1967) proposa que, si bé aquesta tendència es dona en esquizofrèncics, no és un fenomen sorgit *de novo* sinó que és una exageració d'una tendència normal que té les seves arrels en el funcionament cognitiu dels infants. En aquest cas particular, he de reconèixer que la tendència a la concreció es fa difícil de lligar amb la cognició paradigmàtica. De tota manera, crec que és interessant veure les diferents formes en que s'ha defensat la teoria

de la regressió. També Wahl i Wishner (1972) comproven que els esquizofrèncics s'assemblen als nens en quant el seu pensament es mostra concret i formalment regressiu.

Lebrun (1967) en l'estudi ja comentat [4.3.3.1.] on analitza les cadenes associatives, paradigmàtiques, d'un text esquizofrèncic ho assimila, també, al llenguatge infantil.

He deixat pel final la curiosa teoria de Jaynes (1976) sobre la "ment bicameral" i la seva relació amb l'esquizofrènia. La ment bicameral descrita per Jaynes ve a ser una forma arcaica de mentalitat. De forma simplificada, diré només que implica una incapacitat per la introspecció, per tant manca de consciència, i experimentació d'al.lucinacions auditives -viscudes com veus divines- i provinents de l'hemisferi dret que té un rol molt més important.

Doncs bé, per Jaynes, l'esquizofrènia fóra un dels vestigis de la ment bicameral. Ho argumenta en base a la presència d'al.lucinacions auditives, la dissolució de l'ego, el canvi en la percepció del temps i el defecte en la narratització. Si acceptem aquestes dues últimes característiques com paradigmàtiques podem constatar que l'original teoria regressiva de Jaynes sobre l'esquizofrènia pot també recolzar la hipòtesi paradigmàtica.

#### 4.5.4. Llenquatge, psicodislèptics i esquizofrènia.

Ja he deixat clar abans [3.2.11.] que els psicodislèptics indueixen un funcionament cognitiu i lingüístic de tipus paradigmàtic.

Si tenim en compte que les alteracions de consciència, cognició i conducta provocades per psicodislèptics es consideren condicions esquizomimètiques o psicosis-model (Chapman, 1969), sembla evident la connexió que cal esperar entre el llenguatge de totes dues situacions.

Les característiques descrites a [3.2.11.] sobre el llenguatge sota influència de LSD recorden, efectivament, el que es pot donar en l'esquizofrènia. Per exemple, la disminució de predictabilitat, la tendència a associacions per contigüitat, o, en general, l'augment de processos associatius. Es pot afegir la tendència a deixar frases inacabades (Lennard et al., 1956) que va lligada a possibles interferències -intrusió de paradigmes, jo diria- en la comunicació d'idees.

Balbi et al. (1959), en una anàlisi d'aspectes lògics i semàntics del que anomenen psicosis d'un derivat de l'àcid lisèrgic, obtenen també resultats parcialment similars als dels esquizofrènics.



Silverman (1969) fa també una comparació entre els relats individuals d'experiències esquizofrèniques i de LSD i troba moltes similituds.

L'estil paradigmàtic a nivell lingüístic i cognitiu torna a ser un punt de contacte bàsic i ens permet fer l'analogia entre esquizofrènia i estats alterats per psicodislèptics.

#### 4.5.5. Llenguatge oníric i esquizofrènia.

*M'admira, sobretot, com  
no s'utilitza el somni per  
estudiar-hi el procés de  
representació involuntària dels  
nens, dels animals, dels bojos  
i, fins i tot, dels poetes, dels  
músics i de les dones.*

Jean Paul

Els punts de contacte entre somnis i cognició esquizofrènica han estat remarcats des de l'antiguitat. La psiquiatria, des dels seus inicis com a ciència, ha insistit en la idea. Moreau de Tours (1843) escriu: "La bogeria és el somni de l'home despert".

Bleuler (1950) creu que la dissociació del pensament de l'esquizofrènic és similar a la del somni. Jung va dir (1944): *"Deixem al que somnia que camini i es comporti com si fos despert i tenim el quadre clinic de la demencia praecox"*.

Freud (1900 / 1948), en parlar dels somnis, fa referència a diversos autors que van expressar la mateixa idea: Kant havia dit gairebé el mateix que més tard va dir Jung: *"El boig és un individu que somnia despert"*. Un altre filòsof, Schopenhauer, deia: *"El somni és una demència curta, la demència un somni llarg"*.

El neuròleg Hughlings Jackson insistí en el mateix: *"Trobem l'essència del somni i haurem trobat tot el que sobre la demència és possible saber"*. El propi Freud escriu: *"Els productes verbals del somni són molt semblants a la paranoia"*.

Seguint una òptica freudiana, més recentment, Searles (1980) veu també una analogia entre els mecanismes mentals propis del somni i els dels esquizofrèncics després d'analitzar els seus pacients.

Vigotski (1934), des de la perspectiva pavloviana insisteix en els punts de contacte. El que Pavlov anomenà inhibicions internes, com el somni, fóra una mena de factor de protecció que també actuaria en l'esquizofrènia.

Storch (1924) en la hipòtesi de la regressió ja comentada [2.2.1.4.], apart d'assimilar formes arcaïques de pensament i pensament infantil amb l'esquizofrènia, inclou també el funcionament mental dels somnis.

Ja en èpoques més recents, recordem el treball de Goldman (1962) que ja he explicat [4.5.3.] sobre el funcionament simbòlic dels esquizofrènics. Creu que és similar al que es dona en els somnis.

Hirsch (1967), en un estudi sobre el llenguatge de nens esquizofrènics, assenyala que passa com en els somnis: les paraules experimenten condensacions, una sola paraula pot representar un reguitzell de pensaments, les formes s'entrellacen, hi ha una interpenetració de connotacions i es menystenen les regles sintàctiques.

Arsenian i Semrad (1966) també pensen que les paraules en la psicosi pateixen els mateixos processos que els que donen lloc a les imatges oníriques a partir dels pensaments onírics.

Queda clar que els processos en qüestió són mecanismes paradigmàtics que entren en joc i provoquen un lligam entre el llenguatge esquizofrènic i el dels somnis.

Resum: en aquest apartat es revisen certs tipus de llenguatge amb intervenció paradigmàtica marcada, cercant

punts de contacte amb el llenguatge esquizofrènic. De l'anàlisi comparativa del llenguatge afàsic, dels llenguatges literaris creatius, del llenguatge regressiu (infantil i primitius), del llenguatge sota psicodislèptics i del llenguatge oníric, arribo a la conclusió que tenen analogies, més o menys marcades amb el llenguatge de l'esquizofrènia i que, justament, es donen per l'ús de mecanismes paradigmàtics.

#### 4.6. Disfunció hemisfèrica en l'esquizofrènia.

Revisar a fons la qüestió apassionant de les possibles disfuncions que es poden donar en l'esquizofrènia fóra una tasca molt llarga. No pretenc fer-ho i tampoc ve al cas en el context d'aquest treball. Abans [3.3.2.], en parlar de les diferències hemisfèriques en la cognició, he atribuït un estil cognitiu paradigmàtic a l'hemisferi no-dominant (HND) -en general, el dret-, en contraposició al sintagmàtic, propi de l'hemisferi dominant (HD) -en general, l'esquerre.

Lògicament, per tot el que he exposat al llarg d'aquest capítol cal esperar algun tipus de disfunció en l'HD i, alhora, una mena d'activació de l'HND.

Des de fa uns quants anys es comencen a acumular proves en aquesta direcció. Avanço que, si bé la

disfunció de l'HD sembla, a hores d'ara, prou evident, l'activació de l'HND és més difícil de demostrar. En tot cas, és difícil atribuir un significat clar a moltes de les troballes neurofisiològiques sobre alteracions hemisfèriques.

Dimond i Beaumont (1974), de la seva investigació sobre la relació entre els dos hemisferis, dedueixen que a nivell funcional estan parcialment desconnectats i que hi ha una major organització funcional en l'HND. El propi Dimond, més tard (1979) matisa aquestes troballes. Creu que el cos callós -que connecta els dos hemisferis- hi està implicat i per això es donen símptomes de "split-brain" en l'esquizofrènia. De tota manera, no creu en una desconexió total, ans pensa que pot haver-hi trastorns de les xarxes de transmissió a llarga distància del cervell que desconnectarien parts del cervell i, a la vegada, preservarien el flux actiu però desordenat de llurs funcions.

Green et al. (1979) són del mateix parer després d'estudiar el dèficit de transferència hemisfèrica a través de mides conductuals de processament de la informació.

Gur (1977) incideix en la qüestió de la disfunció de l'HD. Les mides de lateralitat dels esquizofrènics s'inclinen cap a l'esquerra, o sigui provenen de l'HND.

Creu que la tendència a l'esquerra es pot manifestar també en les funcions cognitives i conatives.

Una troballa molt interessant pel que intento demostrar és la de Flor-Henry (1979). Mitjançant l'electroencefalografia computeritzada demostra una activació cognitiva de l'HND durant el processament verbal dels esquizofrènics.

De manera menys precisa, ja Sugarman et al. (1973) havien demostrat en l'EEG dels esquizofrènics una activitat lleugerament superior en l'HND.

Per no allargar innecessàriament el capítol em referiré a tres treballs de revisió que semblen concludents en la qüestió, tot i que cal admetre que hi ha força troballes contradictòries.

Shimkunas (1978) considera que es dona una disfunció asimètrica en la integració còrtico-hemisfèrica. En les fases agudes, es donaria un fracàs de l'HD en les seves estratègies de processament de la informació temporo-verbal i una compensació de l'HND. Així, es potència un processament paradigmàtic, alhora que falla el sintagmàtic. Shimkunas creu que, a la llarga, si el procés es cronifica, l'HND pateix una sobre-excitació.

De la seva revisió, Wexler (1980) conclou, en tres altres afirmacions, que la disfunció de l'hemisferi esquerre sembla característica de l'esquizofrènia per tota l'evidència acumulada.

Per la seva banda, Nasrallah (1982) parla també de que hi ha suficients proves per parlar d'una disfunció lateralitzada de l'HD en l'esquizofrènia. Tot i que s'ha d'aclarir la naturalesa exacta de la disfunció, aquesta sembla ser un debilitament de la dominància de l'hemisferi esquerre. Hi hauria, amés, un defecte en la integració interhemisfèrica en l'esquizofrènia.

Resum: En aquest breu apartat s'intenta ajustar la hipòtesi paradigmàtica a les troballes sobre disfunció hemisfèrica esquerra i activació dreta que sembla produir-se en l'esquizofrènia.

\*\*\*\*\*

5. PART EXPERIMENTAL. AVALUACIO DEL LENGUATGE EN UN  
GRUP D'ESQUIZOFRENICS I MANIACS.

*Though this be madness,                   (Ni que això sigui foll,  
yet there is method in't.                conserva mètode.)*

William Shakespeare (Hamlet, II, 2)

5.1. Fonaments.

5.1.1. Introducció. Dificultats metodològiques.

No és fàcil demostrar de forma experimental el que fins ara he exposat. Les meves argumentacions, tot i considerant l'allau de dades de molts diferents tipus que crec haver aportat, poden semblar, fins cert punt, especulatives. Els exemples clínics que he mostrat poden ser titllats de casos aïllats, poc significatius, davant de la necessitat de recórrer a mètodes experimentals de base bio-estadística, tal com sembla exigir la psiquiatria moderna. Si això és cert o no, fóra tema



d'una llarga discussió que no ve al cas. El cert és que he cregut oportú culminar el meu treball de recerca amb una part que, de la forma més rigorosa possible, impliqui una aproximació experimental al terreny del llenguatge esquizofrènic, incidint , naturalment, en els aspectes que s'han anat desenvolupant fins ara.

En l'aspecte teòric les aportacions de la lingüística estructural i de l'afasiologia són prou riques i suggeridores i, de fet, tot el treball previ n'és una mostra. En canvi, m'he trobat, en planejar el meu treball experimental que em mancava, ja per començar, una eina, un instrument que em permetés mesurar, determinar de forma quantitativa les disruptions sintagmàtiques i les elaboracions paradigmàtiques. He hagut d'inventar aquest instrument, no *ex-nihilo* certament, ja que he fet servir en part instruments ja existents, però si d'una forma, si més no, aventurada, i subjecte, per tant, a possibles modificacions en el futur.

Vull senyalar en parlar d'aquestes dificultats que si bé ja he expressat el meu deute amb Luria, particularment pel que fa als seus *Fonaments de neurolingüística* (1980), també he de criticar-li que en aquesta obra hi manca el desenvolupament d'un instrument precís per determinar les alteracions sintagmàtiques i paradigmàtiques. Luria es

limita a presentar-les d'una forma naturalista sense proposar una eina precisa d'anàlisi que permeti aproximar-se a tot tipus de produccions verbals, parlades o escrites.

Una altra dificultat implícita en la recerca amb pacients esquizofrèncics i maníacs ve donada per la idiosincràsia d'aquests malalts. No sempre és fàcil aconseguir la seva col.laboració i consentiment a l'hora de gravar una entrevista. Però, la major dificultat rau en la tasca de re-avaluació quan, al cap d'uns mesos, cal connectar de nou el pacient donat d'alta de l'hospital i demanar-li que es sotmeti de nou a una entrevista. Sovint m'he trobat amb tàctiques dilatòries quan no amb el refús pur i simple. Això permet explicar perquè del grup inicial de 44 pacients, tan sols 25 han pogut estar re-avaluats.

#### 5.1.2. Esquizofrènia Positiva, Esquizofrènia Negativa i Esquizofàsia.

En la dècada dels 80 s'ha anat desenvolupant una nova subtipificació de l'esquizofrènia que s'ha imposat

en bona part en el terreny de la recerca i, fins a cert punt, de la clínica.

Crow (1980) a Anglaterra i Andreasen i Olsen (1982) als Estats Units proposen dos subtipus bàsics reconeixibles fins i tot a partir de la presentació clínica. Aquests són l'esquizofrènia de tipus 1 o positiva (florida) i l'esquizofrènia de tipus 2 o negativa (defectual). Segons aquests autors, el primer tipus és més evident en estats aguts, hi ha un ajust premòrbid millor, es produeix per un excés dopaminèrgic i té, per tant, una millor resposta als neuroleptics i, en definitiva millor pronòstic.

El segon tipus, en canvi, es caracteritza per un ajust premòrbid pobre, una resposta limitada al tractament neuroleptic, un curs crònic amb pronòstic pobre, dèficit cognitiu i un procés patològic subjacent diferent, com canvis atròfics en el cervell i eixamplament dels ventricles.

No pensem, però, que aquesta distinció estigui plenament acceptada. Ha estat molt controvertida ja que, com remarquen Kay i Singh (1989), no està demostrada de forma prou convincent, no s'ha aconseguit una validació creuada adient i s'han trobat discrepàncies importants. N'és un exemple la troballa d'aquests dos autors de que les

formes positives tenen un restabliment funcional pitjor i recaiguda més precoç. No entrem, però, en la discussió ja que el que m'interessa aquí és remarcar que l'alteració del llenguatge que ha estat el centre d'atenció del meu treball serà més pròpia del tipus positiu donades les seves característiques clíniques. A continuació exposo els criteris diagnòstics proposats per Andreasen i Olsen(1982):

#### Esquizofrènia Positiva

1.- Al menys un dels següents és part prominent de la malaltia:

a) Al.lucinacions greus que dominen el quadre clínic.

b) idees delirants greus.

c) trastorn formal positiu del pensament marcat (incoherència, descarrilament, tangencialitat o manca de lògica).

d) conducta repetida desorganitzada o estranya.

2.- Cap dels següents està present en grau elevat:

- a) alògia.
- b) aplanament afectiu.
- c) abúlia-apatia.
- d) anhedònia, insociabilitat.
- e) dèficit d'atenció.

#### Esquizofrènia Negativa

1.- Al menys dos dels següents estan presents de forma clara :

- a) alogia (pobresa de parla o de contingut de parla marcades).
- b) aplanament afectiu.
- c) anhedònia-insociabilitat.
- d) abúlia-apatia.
- e) dèficit d'atenció.

2.- Cap dels següents domina el quadre clínic o es presenta de forma clara:

- a) al·lucinacions.
- b) deliris.
- c) trastorn formal del pensament positiu.
- d) conducta estranya.

Queda clar que l'alògia, caracteritzada per la pobresa de la parla i del contingut de la parla, com a símptoma lligat a l'esquizofrènia negativa queda lluny dels trastorns que he descrit en els capítols precedents. El que Andreasen anomena trastorn formal positiu del pensament s'apropa, en canvi, a les alteracions que s'han discutit, o sigui el que fóra pròpiament l'esquizofàsia, per reprendre un terme clàssic emprat també per Lecours i Vanier-Clément en la seva aproximació afasiològica [4.5.1.]

### 5.1.3. L'Escala TLC d'Andreasen i el trastorn formal positiu del pensament.

Nancy Andreasen es planteja, davant de la confusió existent al voltant del concepte tradicional de trastorn

del pensament i els diferents termes emprats en psicopatologia per descriure'l, una redefinició i limitació dels termes més adients per tal d'avençar cap a la unitat de criteris.

Desenvolupa l'Escala TLC (*Thought, Language and Communication Disorders*) per avaluar les alteracions de pensament, llenguatge i comunicació (1978, 1979a, 1979b) que podem trobar en tota mena de pacients psiquiàtrics. He traduït aquesta escala al castellà (veure Apèndix 1) i l'he validat en el nostre medi clínic (Obiols, Humbert i Guarch, en premsa). Al llarg d'aquest capítol la cito com escala TLC donat que és l'acròstic sota el qual és internacionalment coneguda (o PLC en la traducció).

Andreasen reconeix que no es pot igualar tranquil·lament llenguatge i pensament. L'estratègia que empra per tal de superar l'obstacle (Andreasen, 1985) és d'enfocar el seu estudi sobre la conducta verbal. La conducta verbal és considerada una de les diferents finestres a la cognició i, en definitiva, a la ment o cervell.

Critica també Andreasen la vaguetat de termes tan emprats com "associacions laxes" o "incoherència", i per això la primera tasca en el seu estudi és cercar una definició

estRICTA dels termes amb els quals descriu les alteracions observables.

L'escala que proposa conté 18 ítems amb una acurada definició de cada un d'ells i les instruccions per avaluar-ne la intensitat entre 0 i 3 ó 0 i 4 (segons l'ítem). Donat que en l'Apèndix 1 hi consta tota aquesta informació, em limito, tot seguit, a enumerar els 18 ítems de l'escala original

1. Pobresa de parla
2. Pobresa del contingut de la parla
3. Pressió de parla
4. Distractibilitat
5. Tangencialitat
6. Descarrilament
7. Incoherència
8. Manca de lògica
9. Associacions fonètiques
10. Neologismes
11. Aproximacions de paraules o  
parafàsies
12. Circumstancialitat
- 13 Pèrdua de fi
- 14 Perseveració
- 15 Ecolàlia



- 16 Bloqueig
- 17 Afectació de la parla
- 18. Autorreferència

Vull precisar que en la meva adaptació els 18 ítems es redueixen a 15 donat que -prèvia consulta i autorització de l'autora- vaig eliminar els ítems 8 (Manca de lògica), 13 (Pèrdua de fi) i 18 (Autorreferència).

El primer, perquè l'autora precisa que la manca de lògica no ha de ser derivada del caràcter delirant de les assercions dels pacients, cosa que, vaig argüir, és difícilment demostrable.

El segon, perquè em va semblar redundant amb altres com el descarrilament i la incoherència, qüestió sobre la qual va estar d'acord l'autora. Aquesta crítica coincideix amb la d'Oltmanns *et al.* (1985).

El darrer, perquè sembla evident que en una entrevista on se li demana a un pacient que expliqui experiències, interessos personals i temes similars, és lògic que hi hagi un alt grau d'autorreferència. També va estar d'acord en això Nancy Andreasen.

Cal afegir que aquestes observacions van ser fetes a l'autora després d'un període de prova en el qual vaig avaluar -junt amb els meus col.laboradors- de forma pilot, una trentena de pacients esquizofrènics.

El treball d'Andreasen i altres autors amb l'escala TLC ha estat extens i ha permès a hores d'ara acumular moltes dades i analitzar la qüestió de les alteracions del llenguatge de forma innovadora. No descriuré aquí totes les troballes, però sí vull mencionar les més notables i les que són més directament pertinents pel meu estudi. Per una banda, el descarrilament (que ve a equivaler al concepte bleulerià d'associacions laxes, suposadament patognomònic de l'esquizofrènia) ve a ser freqüent, tant en la mania com en l'esquizofrènia. La incoherència, llenguatge altament desorganitzat, és relativament poc freqüent, però es dona en un 16 %, tant de maníacs com d'esquizofrènics. Alguns tipus d'alteracions classicament citades com els neologismes, l'ecolàlia i el bloqueig es troben rarament. Val a dir en aquest punt que la definició de neologisme d'Andreasen és tan restrictiva (vid. Apèndix 1) que no és estrany que no es pugui descriure gairebé mai.

En comparar els resultats en pacients esquizofrèncics, depressius i maníacs, Andreasen troba, d'antuvi, que tots tres grups presenten trastorns de llenguatge i que sembla, per tant, difícil atribuir una especificitat diagnòstica a aquests tipus d'alteracions. Però, mitjançant una anàlisi de varianza multivariant troba dos formes diferents. La Forma 1 dóna un pes positiu equivalent als 5 ítems que poden quedar englobats sota el concepte d'associacions laxes: tangencialitat, descarrilament, incoherència, manca de lògica i associacions fonètiques. En aquest aspecte no sembla haver-hi diferències entre maníacs i esquizofrèncics. La Forma 2 implicava dividir les anormalitats en dos grups, tipus positiu de trastorn de pensament i tipus negatiu de trastorn de pensament, als quals se'ls hi dóna pesos positius i negatius iguals. Això permet diferenciar maníacs d'esquizofrèncics amb un nivell de significació estadística de 0,5.

En conseqüència, Andreasen proposa conceptualitzar les alteracions cognitives i lingüístiques de l'esquizofrènia en dos tipus principals. Un és el trastorn formal negatiu del pensament, caracteritzat per pobresa de parla i del contingut de la parla prominents. Això aniria associat a altres símptomes negatius. Andreasen anomena *alògia* a

aquest tipus de trastorn de pensament, definit com una manca de capacitat per generar llenguatge o idees.

El trastorn formal positiu del pensament consisteix bàsicament en pressió de parla, tangencialitat, manca de lògica, descarrilament i incoherència augmentats. Es dona tant en la mania com en l'esquizofrènia, però és més freqüent en la mania. Entre els esquizofrènics, està correlacionat amb els símptomes positius en general, sobretot amb la conducta estranya (Andreasen, 1985).

Examinem les implicacions que aquesta distinció pot tenir pel que fa a l'evolució i pronòstic.

Els pacients maníacs tendeixen a una milloria marcada amb alteracions reversibles. En canvi, els esquizofrènics tendeixen a tenir alteracions relativament persistents. Els pacients esquizoafectius s'assemblen als maníacs i milloren però en un grau una mica inferior. Si tenim en compte que en l'avaluació els esquizoafectius s'assemblen als esquizofrènics i el pronòstic està més pròxim al dels maníacs, es pot pensar que el trastorn esquizoafectiu ve a ser una malaltia que fenomenològicament s'assembla a l'esquizofrènia però amb un pronòstic millor (Andreasen i Grove, 1986).

El trastorn formal negatiu del pensament quan és marcat sembla anar lligat a un pronòstic dolent. Per la seva banda, el trastorn de pensament positiu no sembla ser un indicador pronòstic útil. Alguns pacients que el presenten remeten, però altres no. Andreasen creu que això s'explica perquè s'ajunten maníacs amb trastorn formal positiu del pensament i bona evolució amb els esquizofrèncics que tenen aquest tipus de trastorn però mala evolució i fan trontollar el possible valor predictiu d'aquest trastorn.

Per Harrow i Marengo (1986), el trastorn formal positiu del pensament no deixa de ser un dels diversos símptomes clau de l'esquizofrènia. Aquest trastorn és prominent i important per la majoria de pacients esquizofrèncics en la fase aguda. Si en el seguiment persisteix el trastorn positiu del pensament és predictiu d'un tipus greu d'esquizofrènia amb un pronòstic pobre.

Es curiós que Andreasen que, per una banda és una de les màximes propulsores de la distinció esquizofrènia positiva/negativa i, per altra, proposa l'existència d'un trastorn de pensament positiu i un altre de negatiu, no hagi estudiat la correspondència o correlació entre aquests dos tipus de constructes teòrics.

Altres investigadors semblen haver-se interessat per la qüestió però han emprat formes diferents d'avaluar el llenguatge. Allen (1983, 1984, 1985) es planteja la possible diferència en quant al comportament lingüístic dels esquizofrèncics positius i negatius. Utilitza diverses tècniques com la longitud mitja de les idees, adequació temàtica, organització entre i dintre de les idees, entre altres. No troba diferències clares en el seu estudi potser perquè són malalts crònics i aquestes tècniques de mesura no són les més adients.

Thomas et al (1987) empren tècniques d'anàlisi sintàctica força complexes i troben que els esquizofrèncics amb símptomes exclusivament positius tendeixen a fer més errors sintàctics i semàntics. En canvi, els que tenen alhora símptomes negatius i positius tendeixen a una complexitat sintàctica més baixa.

#### 5.1.4. La quantificació de les alteracions dels eixos sintagmàtic i paradigmàtic.

Donada la base teòrica d'aquest treball, ja exposada a bastament, és natural que es faci necessari a l'hora de

l'aspecte experimental intentar quantificar el que he anomenat disrupcions sintagmàtiques, per una banda, i elaboracions paradigmàtiques per l'altra. El mètode proposat és el següent.

#### 5.1.4.1. Disrupcions sintagmàtiques.

Es considera com a tal tota interrupció del sintagma. Donat que es pot considerar el sintagma a molts diferents nivells, caldrà tenir-los tots en compte.

a) nivell morfèmic o de paraula. Exemple:

.....no el "manifiesto" del Ver/ del, del  
Rimbaud...

(El signe / marca els punts de trencament)

Aquí el trencament és fonètic donat que és una forma fònica que queda interrompuda

b) a nivell de grups morfèmics o petits grups sintagmàtics. Exemple:

Aquí al / on tinc/ encara porto la marca

c) a nivell d'unitats més llargues, frases o agrupacions similars. (En el llenguatge

parlat no sempre és fàcil delimitar el que foren frases). En aquest cas i en l'anterior el trencament o disrupció és de caire sintàctic o, més sovint, semàntic, o, fins i tot, pragmàtic.

Exemple:

-Què vol dir això?

/-dir, dit, Deu

(correspon a un cas de resposta tangencial.

En aquest cas, el trencament és pragmàtic.

Val a dir, a més, que la resposta conté,

per se, un exemple paradigmàtic)

d) a un nivell més global de discurs.

Dit d'una forma més planera, considero *disrupció sintagmàtica* tot trencament o interrupció en la cadena parlada, sigui en una paraula, una expressió, una idea, una frase, un relat, etc.

Per mor de simplificar aquest mètode no faig diferències -al menys en aquest primer treball on l'he emprat- entre les diverses possibles disrupcions que es poden arribar a descriure. Pot ser interessant en el futur fer les diferències pertinents, donar un diferent pes segons les



variables i esbrinar les implicacions que això tindria a l'hora d'avaluar diferents grups diagnòstics. Això queda de moment apuntat però, insisteixo, no desenvolupat. Per tant en un text donat es pot calcular l'*index sintagmàtic* simplement sumant el nombre de disrupcions sintagmàtiques detectades.

Val la pena observar que certs items del TLC impliquen una disrupció del sintagma. En la descripció que consta en l'Apèndix 1 es pot refermar aquesta afirmació. Són concretament, el descarrilament, la incoherència, la tangencialitat i el bloqueig. Els dos primers són prou clars i no cal comentar-los. La tangencialitat implica, per mi, una disrupció del sintagma en quant la resposta del pacient no s'ajusta a la pregunta que se li fa i trenca el sintagma semàntic o, millor dit, pragmàtic que s'espera, en teoria, que respecti.

Pel que fa al bloqueig, és, sens dubte, un cas de ruptura sobtada i irrecuperable del sintagma i que, per Andreasen, implica un fenomen autocognitiu en quant el propi pacient se n'adona i així ho expressa.

Hi hauria un cinquè item que també es pot relacionar amb la ruptura del sintagma com és la distractibilitat. Fins a cert punt no és més que un cas particular de

descarrilament, el motiu del qual és el nou enfocament de l'atenció del pacient en un objecte de l'ambient i que li fa interrompre el sintagma.

#### 5.1.4.2. Elaboracions Paradigmàtiques.

El cas anterior de les disrupcions sintagmàtiques és relativament senzill de descriure i no ofereix dificultats especials a nivell teòric.

El cas present de les elaboracions paradigmàtiques té un cert grau de complexitat donat que no és tant intuïtivament aprehensible com ho és el cas anterior. El nivell de complexitat és més elevat, per començar perquè l'elaboració paradigmàtica molt sovint implica d'entrada l'existència d'una disrupció sintagmàtica. Però això no queda aquí sinó que el geni creador de la llengua permet que sorgeixi un nou producte, una variació, una oposició, un seguit de fonemes o semantemes emparentats, que es poden titllar d'elaboracions paradigmàtiques. No cal repetir, de tota manera, el que ja ha estat exposat en el seu moment a nivell teòric al llarg dels capítols 3 i 4. Esmentaré simplement les meves propostes pel que fa a les alteracions concretes que poden ser qualificades com

elaboracions paradigmàtiques. Donat que, com en el cas anterior, una sèrie d'items de l'escala TLC s'hi ajusten, pot ser més escaient prendre-los com a punt de partida. El cas de les *associacions fonètiques* o *rimes* és fàcilment assimilable al paradigma fonètic descrit a [3.1.6.].

Exemple: *...manicomi, maricomi, maricons...*

En el cas de les *parafàsies* o *aproximacions de paraules* és també prou evident que es produeix una intervenció de caire paradigmàtic mitjançant la qual una paraula experimenta una variació fonètica o bé de significat. El cas de la variació fonètica, sobretot, ha estat examinat en profunditat abans [3.2.] i és, recordem-ho, un recurs constant en la literatura, l'humor, etc.

Exemple: *una ingerència d'alcohol*

El *neologisme* ve a ser un cas especial de parafàsia en el qual, més que d'aproximació, s'ha de parlar d'invenció donat que l'etimologia del nou producte no és, per definició, fàcilment deduïble.

La *perseveració* és un cas especial ja que implica la repetició de paraules, conceptes, idees i es pot discutir l'adequació al concepte de paradigma. Vull recordar que he discutit prèviament aquest problema [3.1.] i no cal

tornar-hi. Tot seguit passaré a parlar d'una tercera categoria d'alteracions, a part de les ruptures de sintagma i elaboracions de paradigma que són justament les repeticions. En la descripció que proposaré penso que quedarà clar quines repeticions es queden simplement en això i quines "ascendeixen" a la categoria de paradigma. En suport meu vull recordar que Maher (1972) estableix que les repeticions equivalen a les intrusions associatives que ell descriu [2.2.2.1.6.] i que es poden considerar més afins a la idea de paradigma. Per a mi, la perseveració és paradigmàtica quan es tracta de la repetició de més de tres vegades d'una paraula o grup de paraules o idees en una unitat de text. Les partícules no es tenen en compte en aquest còmput. Deixem aquesta digressió que corre el risc d'acabar sent repetitiva i examinem altres tipus d'elaboracions paradigmàtiques, fora de les que es poden assimilar als ítems del TLC descrits.

Amb el nom *canvi de codi* anomeno possibles canvis en el codi que s'està utilitzant durant l'entrevista. En principi això es produeix en passar d'una llengua a l'altra. En el nostre cas concret, donat que les entrevistes amb els pacients s'han fet en català o castellà, el *canvi de codi* es dona quan d'una forma sobtada i sense motiu que ho justifiqui (expressió més

adequada en una altra llengua, citar paraules d'altri, etc.) el pacient passa d'una llengua a una altra. Evidentment el nou codi podria ser anglès, swahili o esperanto, pel cas és el mateix. En les entrevistes del treball experimental els canvis de codi s'han produït tan sols del català al castellà o viceversa, per raons òbvies.

Exemple:- *a mi que em portin en cotxe. ¿Hablo en castellano o en catalán?*

- *com vulguis*
- *voy a hablar en castellano mejor*
- *què t'és més fàcil a tu ?*
- *el català*

Amb el nom de *seqüències* designo els casos en que el pacient produeix una sèrie de paraules relacionades pel significat, una mena de tira-llonga de sinònims, sense un motiu clar que ho justifiqui.

Finalment, amb el nom d'*oposició* designo els parell de paraules o sintagmes breus el significat dels quals es contraposa i dóna lloc a una ambivalència semàntica. Exemple: *"ho sé i no ho sé"*.

No s'esgoten amb els casos citats les possibilitats d'elaboracions paradigmàtiques. Es possible que més

endavant s'hi puguin afegir altres tipus, es puguin refinar els ja existents o, fins i tot, suprimir-ne algun.

Com en el cas de les ruptures sintagmàtiques, no faig diferències entre els tipus descrits d'elaboracions paradigmàtiques, ni atorgo un pes específic distint en funció d'una teòrica major importància d'un o altre ítem. Em limito, com abans, a trobar l'*índex paradigmàtic* d'un text sumant el nombre d'elaboracions paradigmàtiques que s'hi poden descobrir.

#### 5.1.4.3. Les repeticions.

Al llarg del desenvolupament del treball experimental, m'he adonat de l'enorme freqüència de les repeticions en el curs de la producció verbal. Fins i tot en el llenguatge que es considera "normal", no patològic, abunden les repeticions, sobretot de partícules: preposicions, conjuncions, adverbis, articles.

Possiblement s'hauria introduït un biaix en la mesura de les elaboracions paradigmàtiques si tota repetició hagués

passat a formar-ne part, com es podria concloure dels arguments abans exposats en parlar de la perseveració. Per això, he cregut adient distingir entre dos tipus de repeticions amb assignació categorial diferenciada. Per una banda la ja descrita *perseveració*; per l'altra les *repeticions* pròpiament dites, on hi caben totes les partícules repetides, per gran que sigui el nombre de repeticions i totes les paraules, agrupacions o frases sempre que no passi de tres el nombre de repeticions.

Em va semblar interessant elaborar l'*índex de repeticions* dels discursos patològics estudiats pensant que, tal volta, aquesta dada podria aportar més llum a l'hora de caracteritzar els diferents grups. Per l'experiència acumulada fins ara, no sembla que l'*índex de repeticions* permeti aportar massa informació específica, motiu pel qual potser es podrà en el futur prescindir-ne.

## 5.2. Justificació, disseny i hipòtesi.

### 5.2.1. Justificació del projecte experimental.

Pel que he exposat fins ara queda clar que la subtipificació de l'esquizofrènia en la dicotomia positiva/negativa, malgrat la seva acceptació general, no deixa de presentar punts obscurs. Un d'ells, i és el que m'interessa esbrinar, fa referència als aspectes cognitius del subtipus positiu. El subtipus negatiu sembla tot ell més ben definit, més limitat a allò que és o es considera estrictament esquizofrènia. Pel que fa a la seva cognició, sembla incontrovertible el caràcter clarament deficitari que presenta. En canvi, hem pogut comprovar la indefinició que en bona part envolta el subtipus positiu, el caràcter menys definit que sembla tenir i que el fa apropar en un *continuum* a les formes esquizoafectives fins arribar a la mania. Les referències als aspectes cognitius del subtipus positiu són ambigües. S'arriba a dir que aquests pacients tenen una funció cognitiva normal (Johnstone et al., 1978). La mateixa Andreasen sembla resistir-se a admetre un dèficit cognitiu.

La meua recerca pretén concentrar-se en un aspecte *princeps* de la cognició com són les facultats lingüístiques. Com diuen Gardner et al. (1983): "El llenguatge ha estat considerat casi universalment com la capacitat cognitiva humana més important".



En conseqüència, penso que en el subtipus positiu de l'esquizofrènia podem parlar de dèficit cognitiu ja que les alteracions lingüístiques són prou evidents. El fet que puguin ser episòdiques i que possiblement tendeixen a remetre -segons molts autors, però no tots, com hem vist- no en treu la importància. Al contrari, poden constituir un indicador valuós de cara al pronòstic.

El fet de que costi de destriar dins de l'anomenat trastorn de pensament positiu el que és pròpiament maníac del que és pròpiament esquizofrènic, lluny de ser un obstacle, pot esperonar-nos cap a noves aproximacions al problema. Una possibilitat és tornar al vell concepte de la *psicosi única*, de llarga tradició en psicopatologia, i que investigadors de la talla de Flor-Henry estan replantejant. Com es veurà, els resultats finals del treball poden donar suport justament a aquest concepte de *psicosi única*.

El que he anomenat esquizofàsia al llarg d'aquest treball podria constituir un símptoma clau, lligat a l'esquizofrènia positiva i també a la mania. Fóra el reflex d'una alteració profunda però transient de certes capacitats lingüístiques -i, per tant cognitives- i predictor d'una evolució favorable. Cal tenir en compte estudis sobre el llenguatge maníac, com el de Durbin i

Martin (1977) que posen en evidència que l'esquizofàsia i el llenguatge maníac no tenen diferències substancials, al menys en els aspectes sintàctics.

Un altre fet que cal tenir present és que sovint ens veiem obligats a revisar diagnòstics en funció de l'evolució del cas. No és infreqüent que certs pacients diagnosticats de trastorn esquizofreniforme o d'esquizofrènia amb el temps siguin qualificats d'esquizoafectius o de bipolars o vice-versa.

Per tant, l'anàlisi dels trastorn positius del llenguatge pot arribar a constituir un indicador vàlid per distingir un subgrup dins de l'esquizofrènia, emparentat potser amb les psicosis afectives i de bon pronòstic.

Per altra banda, la llarga exposició prèvia sobre la distinció sintagma / paradigma i tota l'elaboració teòrica presentada porta a intentar aplicar una mesura en aquesta línia, mirant d'esbrinar possibles correlats amb escales d'avaluació del llenguatge psicopatològic ben conegudes com la TLC.

#### 5.2.2. Disseny.

El disseny del treball experimental té diversos objectius:

a) Constatar la fiabilitat i validesa dels índex d'alteracions paradigmàtiques i sintagmàtiques com a instrument de mesura de les alteracions psicopatològiques del llenguatge.

b) Constatar la presència d'alteracions i el grau de patologia en el llenguatge dels pacients esquizofrènics en general i en el subtipus positiu en particular.

c) Constatar l'existència d'alteracions i el grau de patologia en el llenguatge de pacients maníacs.

d) Constatar la presència de símptomes positius i negatius i fer-ne l'avaluació, tant en el grup esquizofrènic com en el maníac.

e) Comparar el comportament sindròmic global i d'alteracions lingüístiques en particular

entre l'esquizofrènia i la mania per una banda i, específicament, el subtipus positiu d'esquizofrènia i la mania per altra banda.

f) Estudiar de forma diacrònica, mitjançant un re-test, tots els paràmetres citats en els grups de pacients descrits.

### 5.2.3. Hipòtesi.

a) Els índex d'alteracions sintagmàtiques i paradigmàtiques poden ser un mètode fiable i vàlid per mesurar alteracions lingüístiques, sobretot en les síndromes psicòtiques més productives (esquizofrènia positiva, mania, formes esquizoafectives,...)

b) El comportament sindròmic global d'esquizofrènic i maniàc serà similar. Les diferències més importants es donaran en els símptomes negatius.

c) En el subtipus positiu d'esquizofrènia hi haurà una proporció major d'alteracions sintagmàtiques i paradigmàtiques que en el conjunt de pacients esquizofrènics. L'índex d'elaboracions (p) correlaciona positivament amb la puntuació total del SAPS i negativament amb la del SANS.

d) Les alteracions observades en els quadres maníacs seran similars a les del subgrup d'esquizofrènics positius.

e) En la re-avaluació lingüística i clínica dels pacients al cap d'un mínim de 6 mesos totes les puntuacions tendeixen a disminuir, però aquest fenomen serà més marcat en el subgrup d'esquizofrènics positius i en els maníacs.

En el terreny estrictament lingüístic cal esperar del subgrup esquizofrènic positiu un comportament similar al del grup maníac, és a dir una tendència a una franca disminució dels índexs d'alteracions.

### 5.3. Pacients, material i mètode.

### 5.3.1. Pacients.

La mostra de pacients està formada per un total de 44 individus (33 homes i 11 dones), amb un rang d'edat dels 14 als 79 anys. Tots ells van ser estudiats durant la seva estada en règim d'ingrés a les sales de la Subdivisió de Psiquiatria i Psicologia Mèdica de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Dels 44 pacients, 34 tenien el diagnòstic d'esquizofrènia i els 10 restants de mania. Aquest diagnòstic fou confirmat per un mínim de 2 psiquiatres del servei seguint els criteris RDC (Spitzer, Endicott i Robins, 1978) i del DSM III (1980).

Tots els pacients van consentir en ser gravats amb magnetòfon durant les entrevistes.

Els criteris d'exclusió varen ser els següents:

- a) antecedents de neurocirurgia
- b) malaltia neurològica
- c) malaltia orgànica amb alteracions neurològiques.
- d) oligofrènia

e) toxicomania concomitant (alguns pacients havien fet un abús esporàdic de tòxics prèviament, però sense incidència en el trastorn objecte d'estudi).

### 5.3.2. Material.

#### Instruments d'avaluació.

##### a) Avaluació de símptomes positius.

S'ha fet amb l'Escala d'avaluació de símptomes positius (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) (SAPS) d'Andreasen (1982). Es una escala nominal-ordinal per l'avaluació sincrònica de l'episodi actual de la malaltia. Consta de 34 ítems agrupats en quatre complexes simptomàtics: al.lucinacions, idees delirants, comportament extravagant i trastorns formals del pensament de tipus positiu. Cada ítem ve definit en termes operatius i es proposa una valoració en 6 graus (de 0 a 5). Tant en aquest cas com en el següent (SANS) he emprat la traducció i validació castellana feta conjuntament amb Humbert, J.E. Obiols, Salvador, i Seguí (Obiols, J.E. et al. 1985; Salvador et al. 1985 i Humbert et al. 1986)

En l'Apèndix 2 consta l'escala sencera amb la definició dels ítems.

b) Avaluació de símptomes negatius.

S'ha usat l'escala d'avaluació de símptomes negatius (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) (SANS), també d'Andreasen (1982). Es igualment, nominal-ordinal. Consta de 25 ítems agrupats en cinc complexos simptomàtics: aplanament afectiu, alògia, anhedònia-insociabilitat, abúlia-apatia i dèficit atencional. Com en el cas anterior, cada ítem ve definit de forma operativa i la valoració es fa en 6 graus (de 0 a 5).

En l'Apèndix 3 consta l'escala sencera amb la definició dels ítems.

c) Avaluació del trastorn formal del pensament.

S'ha fet mitjançant l'Escala TLC d'Andreasen A [5.1.3.] he exposat el contingut global d'aquesta Escala i no cal, per tant, insistir-hi. Recordem que consta en l'Apèndix 1.



d) Avaluació d'alteracions lingüístiques sintagmàtiques i paradigmàtiques.

Feta mitjançant el càlcul dels índexs de disrupcions sintagmàtiques i d'elaboracions paradigmàtiques perceptibles en un període de 10'.

Ja he comentat abans [5.1.4.] com s'elaboren aquests índexs i els criteris seguits per determinar aquest tipus d'alteracions.

5.3.3. Mètode.

Tots els pacients foren sotmesos a una entrevista clínica no estructurada per tal d'avaluar els símptomes positius i negatius segons el SAPS i el SANS. L'entrevista es mantingué en els primers dies de l'ingrés per tal que la patologia fos prou evident. Val a dir que pràcticament tots els pacients rebien medicació neurolèptica, sense arribar, però, a interferir en aquest estat inicial la patologia present.

Un cop realitzada l'entrevista clínica, el mateix dia, o al dia següent és mantingué una conversa amb el pacient per tal de fer l'avaluació del llenguatge. Aquesta entrevista era gravada amb magnetòfon. El procediment normal era el següent: es demanava al pacient que parlés de les seves afeccions com a tema introductori. La conversa podia, però, derivar cap a altres temes. Els cinc primers minuts es consideraven "d'escalfament". Passats aquests minuts, es procedia a la gravació, prèvia autorització del pacient, durant deu minuts.

Les converses foren a continuació transcrites per tal de procedir a l'avaluació lingüística de la forma més rigorosa. Val a dir que la mateixa Andreasen proposa fer l'avaluació de la seva escala TLC "en directe", després d'una entrevista de 45', tot i que preveu la possibilitat d'entrevistes més curtes i també l'eventualitat de gravacions magnetofòniques i també de video.

Alguns autors assenyalen l'avantatge del video sobre el registre purament "audio" donat que certes pistes paralingüístiques o items com la distractibilitat es poden valorar més adequadament.

Penso, de tota manera, que la gravació audio i la posterior transcripció -tot i la feina feixuga que

representa- és un mètode idoni per l'avaluació del llenguatge ja que dóna un rigor impossible d'obtenir en directe.

El material transcrit era, aleshores, avaluat de manera doble: per una banda amb l'escala TLC i, per l'altra, amb el sistema d'index paradigmàtic / sintagmàtic i de repeticions abans descrit. En l'apèndix 4 es presenten quatre transcripcions completes on es pot comprovar l'aplicació dels mètodes esmentats.

Tot aquest procediment es repetia al cap d'un temps, entre 6 i 12 mesos després de l'ingrés, per tal d'aconseguir una visió diacrònica de la psicopatologia dels pacients. Val a dir que només 25 dels 44 pacients inicials s'avingueren a aquesta re-avaluació. Es un fet possiblement significatiu que, dels 10 maníacs inicials, 9 pogueren ser re-avaluats, mentre que dels 34 esquizofrènics, tan sols 16 s'hi avingueren o es van poder connectar.

Sens dubte, això ha dificultat el càlcul dels resultats ja que la constitució dels subgrups positiu i negatiu encara feia els nombres més reduïts.

En conjunt, doncs, de cada pacient, a part de les dades demogràfiques personals, s'obtingueren les variables següents:

- SAPS: 1: valoració global de la severitat de les al·lucinacions (de 0 a 5)
- 2: valoració global de la severitat de les idees delirants (de 0 a 5)
- 3: valoració global de la severitat del comportament extravagant (de 0 a 5)
- 4: valoració global de la severitat dels trastorns formals del pensament (de 0 a 5)
- SANS: 1: valoració global de la severitat de la pobresa afectiva (de 0 a 5)
- 2: valoració global de la severitat de l'alògia (de 0 a 5)
- 3: valoració global de la severitat de l'abúlia-apatia (de 0 a 5)

4: valoració global de la severitat de  
l'anhedònia-insociabilitat (de 0 a 5)

5: valoració global de la severitat de  
l'atenció deficitària (de 0 a 5)

Cal observar que en el SAPS i SANS a l'hora de calcular resultats m'he limitat a considerar puntuacions globals de cada un dels complexos simptomàtics. Això fa un total de 9 variables SAPS/SANS.

PLC: valoració de cada un dels 15 ítems (de 0 a 4 ó 0 a 3) més una valoració global de la severitat del trastorn del llenguatge que representa un total de 16 variables PLC.

Finalment cal afegir les 3 variables S, P, R (disrupcions sintagmàtiques, elaboracions paradigmàtiques i repeticions).

Això fa un total de 28 variables, apart de la variable diagnòstica per a cada pacient. Cal afegir en el cas dels

25 pacients que han pogut ser re-avaluats un nou conjunt de 28 variables.

L'anàlisi estadística ha estat realitzada en el Departament de Bioestadística de la Facultat de Medicina mitjançant el paquet de programes estadístics *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

#### 5.4. Resultats i discussió.

##### 5.4.1 Aspectes generals descriptius. Avaluació clínica i lingüística inicial.

Examinem primer les característiques demogràfiques del conjunt de la mostra, comparant els dos grups diagnòstics.

TAULA I

## Resum de dades demogràfiques dels subjectes.

Característica	Esquizofrènic	Maníacs
Sexe	Homes 28 (82%)	5 (50%)
	Dones 6 (18%)	5 (50%)
Edat	X=25,03 +/- 8,92 rang 14-60	X=38 +/- 18,2 rang 18-79
*		
Estudis (nivell)	0 4 (12%)	3 (30%)
	1 8 (24%)	2 (20%)
	2 14 (41%)	3 (30%)
	3 8 (24%)	2 (20%)
**		
Treball	0 5 (15%)	
	1 13 (38%)	6 (60%)
	2 3 (9%)	2 (20%)
	3 2 (6%)	
	4 11 (32%)	2 (20%)

\* 0=no consta; 1=primaris; 2=mitjos (BUP i FP); 3=univ.

\*\* 0=no consta; 1=actiu; 2=atur; 3=incapacitat; 4=estudis

(Les xifres percentuals s'han arrodonit i són referents a cada un dels grups diagnòstics, no al total de la mostra).

Pel que fa a les característiques clíniques, mesurades pel SAPS i el SANS veiem la distribució per subescales, comparant els dos grups diagnòstics a la Taula II.



TAULA II

Puntuacions mitges de les subescales de símptomes positius. Avaluació inicial. Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

SAPS	Esquizofrènia		Mania		E.vs.M U	nivell de signific.
	X	D.E.	X	D.E.		
1. Al.lucinacions (rang)	2,48 (0-5)	1,68	1,1 (0-5)	1,85	92	<0,05
2. Idees delirants	3,67 (0-5)	1,11	3,2 (1-5)	1,62	144	n.s.
3. Conducta extravagant	2,82 (0-4)	1,07	3,2 (1-5)	1,23	133	n.s.
4. Trastorns formals del pensament	2,48 (0-4)	1,30	3,3 (2-5)	0,95	111	n.s.

Es interessant comprovar les altes mitjanes obtingudes pels maníacs en el SAPS, sobretot en la subescala de Trastorns formals del pensament. Fixem-nos que, de tota manera l'única subescala on la diferència arriba a nivells de significació estadística és la d'al.lucinacions, clàssicament més pròpia de l'esquizofrènia.

En la Taula III veiem el que correspon a signes negatius.

TAULA III

Puntuacions mitges de les subescales de símptomes negatius. Avaluació inicial. Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

SANS	Esquizofrènia		Mania		U	E. vs. M nivell signif.
	X	D.E.	X	D.E.		
1. Pobresa afectiva (rang)	1,82 (0-5)	1,42	0,3 (0-2)	0,67	61	0,002
2. Alògia	2,09 (0-5)	1,53	0,9 (0-3)	1,19	92	<0,05
3. Abúlia-Apatia	2,33 (0-5)	1,36	0,2 (0-1)	0,42	28	0,0001
4. Anhedònia	2,21 (0-5)	1,63	0,1 (0-1)	0,32	45	0,0004
5. Dèficit d'atenció	2,03 (0-4)	1,04	2,1 (0-4)	1,45	156	n.s.

Com és d'esperar, en el terreny de la simptomatologia negativa les diferències entre esquizofrènics i maníacs són aclaparadores. La impressió clínica tradicional no queda desmentida, tot el contrari. Crida l'atenció, però, el cas del dèficit atencional. Sembla clar que aquest símptoma no és útil de cara al diagnòstic diferencial i fins i tot la mitja dels maníacs és lleugerament

superior. Encara que l'explicació última d'aquest dèficit pot ser diferent en cada cas, el cert és que a nivell clínic no diferencia un grup de l'altre. Queda, per tant, en entredit la seva ubicació dins dels símptomes negatius.

Si passem als aspectes més pròpiament lingüístics podem observar el comportament comparat dels dos grups diagnòstics bàsics (Taula IV).

TAULA IV

Puntuacions mitges de l'escala TLC. Avaluació Inicial.  
Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

PLC	Esquizofrènia		Mania		U	E.vs.M nivell signif
	X	D.E.	X	D.E.		
1.Pobresa de parla	0,62	1,13	0,3	0,95	139	n.s.
2.Pobresa de contingut	1,41	1,21	1,4	1,43	165	n.s.
3.Pressió de parla	0,73	0,99	2,1	1,10	63	0,0015
4.Distractibilitat	0,62	0,04	0,7	0,67	139	n.s.
5.Tangencialitat	1,23	1,16	1,2	1,14	163	n.s.
6.Descarrilament	2,03	1,31	2,7	0,82	118	n.s.
7.Incoherència	1,15	1,16	1,5	1,43	147	n.s.
8.Associacions fonètiques	0,29	0,80	0,6	1,26	144	n.s.
9.Neologismes	0,09	0,38	0,0	0,00	160	n.s.
10.Aproximació de paraules	1,00	1,04	1,1	0,88	154	n.s.
11.Circumstancial.	0,50	0,66	1,3	1,16	100	<0,05
12.Perseveració	1,06	0,98	1,5	1,08	130	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	0,00	0,0	0,0	170	n.s.
14.Bloquejos	0,23	0,65	0,3	0,95	164	n.s.
15.Afectació	0,23	0,70	0,1	0,32	165	n.s.
16.Valoració Global	2,03	0,97	2,5	0,85	123	n.s.

Destaquen, en tots dos grups, les altes puntuacions de la triada tangencialitat, descarrilament i incoherència. La pobresa de contingut també és alta, així com la perseveració i les parafàsies.

Queda clar que, com a grup, i a través de l'avaluació de l'escala TLC la hipòtesi nul·la segons la qual no hi ha diferències entre esquizofrèncics i maníacs sembla confirmar-se. Tan sols dos ítems marquen una diferència: la pressió de parla i la circumstancialitat; tots dos, per altra banda, clàssicament associats al llenguatge maníac.

Abans d'entrar a examinar les possibles diferències a través del mètode SPR cal esbrinar-ne la fiabilitat. Per això, en primer lloc, s'avalua la correlació entre les puntuacions dels dos jutges per determinar la similitud entre les seves ordenacions. En segon lloc, es comprovarà la tendència central per avaluar la concordància en la magnitud de les puntuacions. En les taules V i VI queda reflectida la comparació entre els dos jutges.

TAULA V  
 Correlació entre les puntuacions  
 (r de Spearman)

<u>Primera avaluació (n=44)</u>	<u>r</u>	<u>p</u>
Elab. Paradigmàtiques	+0,80	**
Disrup. Sintagmàtiques	+0,93	**
Repeticions	+0,89	**
<u>Re-avaluació (n=24)</u>		
Elab. Paradigmàtiques	+0,65	**
Disrup. Sintagmàtiques	+0,58	*
Repeticions	+0,90	**

\*\*= p<0,001

\*= p<0,01

TAULA VI  
 Comparació entre els dos jutges  
 (T de Wilcoxon)

Primera avaluació (n=44)	z	p
Elab.Paradigmàtiques	-0,23	0,81
Disrup. Sintagmàtiques	-0,05	0,95
Repeticions	-0,93	0,35
Re-avaluació (n=24)	z	p
Elab.Paradigmàtiques	-0,91	0,36
Disrup. Sintagmàtiques	-0,39	0,69
Repeticions	-0,78	0,43

Per tant, es pot afirmar, respecte al sistema d'avaluació SPR que existeix una relació en el mateix sentit entre els dos jutges i que no es troben diferències en la tendència central de les puntuacions.

Veiem si el mètode que es proposa en aquest treball indica alguna diferència entre esquizofrèncics i maníacs (Taula VII).

## TAULA VII

Puntuacions mitges pel mètode SPR. Avaluació Inicial.  
Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

	Esquizofrèncics		Maníacs		E. vs. M	
	X	D.E.	X	D.E.	U	nivell sign.
- Disrupcions sintagmàtiques	42,23	25,53	52,2	23,74	128	n.s.
- Elaboracions paradigmàtiques	5,09	7,20	10,6	9,63	69	0,046
- Repeticions	31,59	22,15	44,6	31,64	130	n.s.

Es interessant la comprovació de que els maníacs es poden diferenciar del grup total d'esquizofrèncics pel nombre major d'elaboracions paradigmàtiques. També en els altres dos paràmetres el nombre és major però sense que la diferència sigui significativa.

Val a dir que el nivell de significació trobat pel que fa a l'índex P s'apropa molt del mínim exigible. Això vol dir que potser no és massa diferent aquest índex entre els dos grups diagnòstics.



#### 5.4.2. La re-avaluació clínica i lingüística.

A continuació es presenten els resultats paral·lels als primers, provinents de la segona avaluació feta al cap d'un període entre 6 i 12 mesos. Per simplificar s'afegeix R (de re-avaluació) a l'acròstic de cada escala. Comencem pels símptomes positius (Taula VIII).

## TAULA VIII

Puntuacions mitges de les subescales de símptomes positius. Re-avaluació. Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

SAPS-R	Esquizofrènia		Mania		U	E.vs.M
	X	D.E.	X	D.E.		nivell de signific.
1.Al.lucinacions (rang)	0,81 (0-3)	0,98	0,1 (0-1)	0,33	42	<0,05
2.Idees delirants	1,69 (0-5)	1,81	0,9 (0-4)	1,36	55	n.s.
3.Conducta extravagant	1,44 (0-5)	1,59	1,0 (0-4)	1,50	60	n.s.
4. Trastorns formals del pensament	1,00 (0-3)	1,15	1,1 (0-4)	1,53	72	n.s.

Es repeteix el que ja passava en l'avaluació inicial: no hi ha diferències significatives entre esquizofrèncics i maníacs pel que fa als símptomes positius, llevat d'un símptoma concret, les al.lucinacions.

Els símptomes negatius, mesurats amb l'escala SANS-R queden reflectits a la Taula IX.

TAULA IX

Puntuacions mitges de les subescales de símptomes negatius. Re-avaluació. Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

SANS-R	Esquizofrènia		Mania		U	E. vs. M nivell signif.
	X	D.E.	X	D.E.		
1. Pobresa afectiva (rang)	1,00 (0-3)	1,26	0,3 (0-2)	0,70	52	n.s.
2. Alògia	0,94 (0-3)	1,06	0,6 (0-3)	1,13	52	n.s.
3. Abúlia-Apatia	1,44 (0-4)	1,41	0,9 (0-4)	1,54	50	n.s.
4. Anhedònia	1,81 (0-4)	1,60	0,9 (0-3)	1,27	47	n.s.
5. Dèficit d'atenció	1,80 (0-4)	1,42	1,1 (0-3)	1,17	49	n.s.

Si comparem aquesta Taula IX amb la corresponent de l'avaluació inicial (Taula III) crida l'atenció que s'han esborrat les diferències marcades que existien. Així com els esquizofrèncics com a grup han millorat clínicament (en quant les puntuacions mitges de símptomes negatius són menors), els maníacs fins i tot han empitjorat en algunes subescales. L'explicació és que en el moment de

la segona exploració, en alguns casos, el curs evolutiu els ha portat a una fase oposada, és a dir, depressiva. Aquests casos són possiblement els que desequilibren la mitja del grup i expliquen aquest fenomen, aparentment contradictori.

A la taula X es presenten els resultats de la nova avaluació del PLC, de nou comparant entre esquizofrènia i mania.

## TAULA X

Puntuacions mitges de l'escala TLC. Re-Avaluació.  
Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

PLC-R	Esquizofrènia		Mania		U	nivell signif.
	X	D.E.	X	D.E.		
1.Pobresa de parla	0,62	1,02	0,2	0,67	57	n.s.
2.Pobresa de contingut	0,25	0,68	0,4	1,01	65	n.s.
3.Pressió de parla	0,25	0,58	1,0	0,87	36	<0,05
4.Distractibilitat	0,37	0,88	0,3	0,5	64	n.s.
5.Tangencialitat	0,31	0,60	0,6	0,88	63	n.s.
6.Descarrilament	0,87	1,09	0,7	0,87	66	n.s.
7.Incoherència	0,31	0,60	0,0	0,00	54	n.s.
8.Associacions fonètiques	0,00	0,00	0,1	0,33	64	n.s.
9.Neologismes	0,00	0,00	0,0	0,00	64	n.s.
10.Aproximació de paraules	0,31	0,48	0,4	0,73	68	n.s.
11.Circumstancial.	0,44	0,73	0,7	0,87	61	n.s.
12.Perseveració	0,62	0,88	0,6	0,88	67	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	0,00	0,0	0,0	72	n.s.
14.Bloquejos	0,00	0,00	0,0	0,00	72	n.s.
15.Afectació	0,06	0,25	0,1	0,33	68	n.s.
16.Valoració Global	1,07	1,03	1,1	0,93	65	n.s.

Les mínimes diferències que ja trobàvem a la primera avaluació entre esquizofrènics i maníacs tendeixen a esborrar-se més. Tan sols la pressió de parla continua mantenint un petit tret diferencial en el llenguatge dels pacients re-avaluats.

La pregunta de si l'índex paradigmàtic continua sent un bon indicador del llenguatge maníac quan el comparem amb l'esquizofrènic, com passava en l'avaluació inicial queda contestada a la Taula XI.

## TAULA XI

Puntuacions mitges pel mètode SPR. Re-avaluació.  
Comparació per grups diagnòstics (U de Mann-Whitney).

	Esquizofrèncics		Maníacs		E. vs. M	
	X	D.E.	X	D.E.	U	nivell sign.
- Disrupcions sintagmàtiques	18,50	11,29	14,8	7,84	63	n.s.
- Elaboracions paradigmàtiques	1,37	2,19	1,1	1,96	68	n.s.
- Repeticions	32,37	24,70	30,4	22,59	65	n.s.

Es pot comprovar que en la re-avaluació es perd el caràcter distintiu que les elaboracions paradigmàtiques tenien com a marcador del llenguatge maníac. La millora clínica global, abans comprovada en el SAPS-R i SANS-R per tots dos grups queda reflectida en un llenguatge més, diguem-ne "normal" i més similar en tots dos grups.

Examinem a continuació els paràmetres estudiats dintre del grup d'esquizofrèncics únicament.

TAULA XII

Evolució dels símptomes positius i negatius en el grup  
d'esquizofrènics (test de Wilcoxon).

Subescales	SAPS vs. SAPS-R	
	Z	p
1.Al.lucinacions	-2,55	0,0108
2.Idees delirants	-2,08	0,0050
3.Conducta extravagant	-2,81	0,0049
4.Trastorns formals del pensament	-2,93	0,0030
5.Puntuació Global	-3,32	0,0090

	SANS vs. SANS-R	
	Z	p
1.Pobresa afectiva	-1,12	n.s.
2.Alògia	-2,00	<0,05
3.Abúlia	-0,87	n.s.
4.Anhedònia	-0,35	n.s.
5.Dèficit d'atenció	-0,53	n.s.
6.Puntuació Global	-1,004	n.s.

La lectura d'aquests resultats fa palès el canvi enorme que es produeix entre l'avaluació i la re-avaluació pel que fa als símptomes positius. Cal remarcar els nivells elevats de significació estadística de la diferència. La



simptomatologia més productiva -i, dins d'aquesta, els trastorns formals del pensament- millora de forma espectacular en el conjunt d'esquizofrènics.

Pel que fa a la simptomatologia negativa, en canvi, tan sols l'alògia mostra una diferència significativa. En conjunt, la simptomatologia negativa canvia escassament en el temps i pot indicar la tendència a la cronicitat de la malaltia i al desenvolupament i instauració d'aquest tipus de símptomes deficitaris un cop el pacient fora de l'episodi agut que ha obligat a l'ingrés.

Veiem tot seguit l'evolució dels paràmetres lingüístics estudiats.

## TAULA XIII

Evolució dels ítems lingüístics (PLC i SPR),  
en el grup d'esquizofrènics (Test de Wilcoxon)

PLC vs. PLC-R		
	Z	p
1.Pobresa de parla	-1,82	n.s. (0,06)
2.Pobresa de contingut	-2,32	0,0200
3.Pressió de la parla	-2,52	0,0117
4.Distractibilitat	-0,83	n.s.
5.Tangencialitat	-1,80	n.s.
6.Descarrilament	-2,93	0,0033
7.Incoherència	-2,39	0,0166
8.Assoc. Fonètiques	-1,00	n.s.
9 Neologismes	-1,00	n.s.
10.Aprox. Paraules	-2,41	0,0159
11.Circumstancialitat	-0,88	n.s.
12.Perseveració	-1,58	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	n.s.
14.Bloquejos	-1,34	n.s.
15.Afectació	-1,00	n.s.
16.Valoració Global	-2,13	0,0300
SPR vs. SPR-R		
Disrupcions Sintagmàtiques	-3,51	0,0004
Elaborac. Paradigmàtiques	-2,49	0,0125

Repeticions	-1,56	n.s.
-------------	-------	------

Amb l'escala PLC observem una tendència global a la disminució de la patologia en la re-avaluació. Cal destacar, potser, el marcat nivell de significació d'items tan representatius com són el descarrilament, la incoherència i les aproximacions de paraules.

Es important la tendència ben clara a la disminució tant d'elaboracions paradigmàtiques com de disrupcions sintagmàtiques. Aquests items semblen ser, per tant, uns bons indicadors de la patologia lingüística.

#### 5.4.3. El subgrup d'esquizofrènics positius i el seu comportament clínic i lingüístic.

Com ha estat indicat abans [5.2.], un dels punts claus que interessa dilucidar és el comportament del subgrup de pacients esquizofrènics que poden ser considerats de tipus positiu. El rerafons és, recordem-ho, que es pot esperar un comportament paral·lel al del

grup maníac. Per una banda, en observar l'evolució del grup maníac i comparar les dues avaluacions dutes a terme caldria esperar una millora en tots els aspectes clínics i lingüístics i el mateix hauria de succeir en el subgrup positiu. (Ja hem vist, però, en la Taula IX que pels maníacs això no és cert al cent per cent). Per altra banda, de la comparació entre maníacs i esquizofrènics positius es postula que les diferències seran mínimes.

La delimitació del subgrup positiu d'esquizofrènics (en el que segueix els anomeno positius per simplificar) s'ha fet posant un punt de tall en el puntuació global del SAPS. En base a la distribució dels pacients en el *continuum* de puntuacions s'ha determinat que els pacients amb una puntuació  $\geq$  a 13 formen un grup ben delimitat de la resta. S'ha comprovat, a més, que el subgrup així delimitat s'ajusta als criteris clínics d'Andreasen i Olsen [5.1.2.]

Examinem primer el comportament del grup dels maníacs des del punt de vista evolutiu. A la Taula XIV hi trobem la comparació entre el SAPS i el SAPS-R i el SANS i el SANS-R.

TAULA XIV  
 Evolució dels símptomes positius i negatius  
 en el grup de maníacs (Test de Wilcoxon).

Subescales	SAPS vs. SAPS-R	
	Z	p
1. Al.lucinacions	-1,83	n.s. (0,0679)
2. Idees delirants	-2,37	0,0180
3. Conducta extravagant	-2,37	0,0178
4. Trastorns formals del pensament	-2,31	0,0209
5. Puntuació Global	-2,55	0,0109

Subescales	SANS vs. SANS-R	
	Z	p
1. Pobresa afectiva	-0,27	n.s.
2. Alògia	-0,55	n.s.
3. Abúlia	-0,94	n.s.
4. Anhedònia	-1,48	n.s.
5. Dèficit d'atenció	-1,47	n.s.
6. Puntuació Global	-1,17	n.s.

En el cas dels símptomes positius queda ben clar, com ja es podia deduir de les taules II i VIII, que els maníacs presenten diferències significatives en pràcticament

totes les subescales (llevat de la d'al·lucinacions, però hi mostren una tendència molt a prop del nivell de significació de 0,05). Això vol dir que els símptomes positius milloren de forma clara. No es pot dir el mateix dels símptomes negatius. De tota manera val a dir que en el quadre inicial de la mania aquests símptomes juguen un paper negligible. He avançat abans una possible explicació.

Examinem ara el comportament pròpiament lingüístic (Taula XV).

TAULA XV  
 Evolució dels items lingüístics (PLC i SPR)  
 en el grup de maníacs (Test de Wilcoxon)

Items	PLC vs. PLC-R	
	Z	p
1.Pobresa de parla	-0,45	n.s.
2.Pobresa de contingut	-1,83	n.s. (0,0679)
3.Pressió de la parla	-2,20	<0,05
4.Distractibilitat	-1,47	n.s.
5.Tangencialitat	-1,27	n.s.
6.Descarrilament	-2,52	0,0117
7.Incoherència	-2,20	<0,05
8.Assoc. Fonètiques	-1,09	n.s.
9 Neologismes	-1,00	n.s.
10.Aprox. Paraules	-1,68	n.s.
11.Circumstancialitat	-1,48	n.s.
12.Perseveració	-2,02	<0,05
13.Ecolàlia	0,00	n.s.
14.Bloquejos	-1,00	n.s.
15.Afectació	-0,00	n.s.
16.Valoració Global	-2,20	<0,05

---

	SPR vs. SPR-R	
Disrupcions Sintagmàtiques	-2,55	0,0109
Elaborac. Paradigmàtiques	-2,67	0,0077

Repeticions	-1,60	n.s.
-------------	-------	------

L'evolució d'alguns items de l'escala PLC, començant per la valoració global, permet afirmar que la patologia lingüística sembla disminuir passat el moment agut. El mètode basat en la dualitat sintagma/paradigma és més clar. Tant les disrupcions sintagmàtiques com les elaboracions paradigmàtiques experimenten una disminució important assolint la diferència un nivell de significació prou elevat, com es pot veure a la Taula XV.

Cal ara comprovar fins a quin punt el subgrup de positius tindrà un comportament paral·lel en la seva evolució. L'aspecte clínic queda recollit en la Taula XVI.



TAULA XVI

**Evolució dels símptomes positius i negatius en el subgrup de positius (Test de Wilcoxon).**

Subescales	SAPS vs. SAPS-R	
	Z	p
1.Al.lucinacions	-2,37	0,0180
2.Idees delirants	-2,20	<0,05
3.Conducta extravagant	-2,03	<0,05
4.Trastorns formals del pensament	-2,37	0,0180
5.Puntuació Global	-2,37	0,0180

Subescales	SANS vs. SANS-R	
	Z	p
1.Pobresa afectiva	-1,34	n.s.
2.Alògia	-1,68	n.s.
3.Abúlia	-0,67	n.s.
4.Anhedònia	0,00	n.s.
5.Dèficit d'atenció	0,00	n.s.
6.Puntuació Global	-0,73	n.s.

Com es pot comprovar comparant amb la Taula XIV, el comportament clínic evolutiu dels positius és gairebé idèntic al grup maníac.

Si seguim avançant en la comparació podem veure en la Taula XVII els canvis que es produeixen a nivell lingüístic entre la primera i la segona avaluació en aquests pacients.

TAULA XVII  
 Evolució dels items lingüístics (PLC i SPR)  
 en el subgrup positiu (Test de Wilcoxon).

Items	PLC vs. PLC-R	
	Z	p
1.Pobresa de parla	-1,00	n.s.
2.Pobresa de contingut	-2,20	<0,05
3.Pressió de la parla	-2,02	<0,05
4.Distractibilitat	-1,07	n.s.
5.Tangencialitat	-2,02	<0,05
6.Descarrilament	-2,20	<0,05
7.Incoherència	-2,02	<0,05
8.Assoc. Fonètiques	-1,00	n.s.
9 Neologismes	-1,00	n.s.
10.Aprox. Paraules	-0,94	n.s.
11.Circumstancialitat	-1,21	n.s.
12.Perseveració	-1,36	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	n.s.
14.Bloquejos	-1,34	n.s.
15.Afectació	-1,00	n.s.
16.Valoració Global	-1,82	n.s. (0,0679)
	SPR vs. SPR-R	
Disrupcions Sintagmàtiques	-2,37	0,0180
Elaborac. Paradigmàtiques	-2,36	0,0180
Repeticions	-0,94	n.s.

Queda clara la semblança de l'evolució dels positius i dels maníacs, també en l'aspecte lingüístic. En el PLC hi ha una coincidència en quant a dos items (descarrilament i incoherència).

Un cop més, el mètode SPR sembla afinar més i permet una plena coincidència.

Queda finalment per veure si comparant directament el grup de maníacs amb el subgrup positiu ens trobem amb un comportament clínic-lingüístic paral·lel (Taula XVIII).

## TAULA XVIII

Comparació entre esquizofrèncics positius i maníacs.

Avaluació inicial SAPS-SANS (Test de Wilcoxon).

Esquizofrèncics positius vs. Maníacs.

<u>SAPS</u>	<u>Z</u>	<u>p</u>
1.Al.lucinacions	-2,84	0,0045
2.Idees delirants	-1,79	n.s.
3.Conducta extravagant	-0,19	n.s.
4.Trastorns formals del pensament	-0,03	n.s.
<u>SANS</u>		
1.Pobresa afectiva	-1,79	n.s.
2.Alògia	-0,71	n.s.
3.Abúlia	-3,33	0,0009
4.Anhedònia	-2,43	0,0151
5.Dèficit d'atenció	-0,60	n.s.

Observem, en primer lloc, que dels quatre blocs de símptomes positius, tan sols en el d'al.lucinacions hi ha una diferència significativa entre els dos grups, com era d'esperar.

En el camp dels símptomes negatius trobem diferències en abúlia/apatia i anhedònia/insociabilitat. No oblidem que,

malgrat ser un subgrup positiu, els esquizofrèncics tendeixen a símptomes d'empobriment. Potser és més important la troballa que les diferències són significatives pel que fa a la pobresa afectiva, l'alògia i el dèficit d'atenció.

En conjunt, doncs, punts de contacte importants en l'avaluació inicial d'esquizofrèncics positius i maníacs.

Examinem els resultats de la re-avaluació clínica (Taula XIX).

## TAULA XIX

Comparació entre esquizofrèncics positius i maníacs.

Re-avaluació SAPSR-SANSR (Test de Wilcoxon).

Esquizofrèncics positius vs. Maníacs.

<u>SAPS-R</u>	Z	p
1.Al.lucinacions	-1,48	n.s.
2.Idees delirants	-0,68	n.s.
3.Conducta extravagant	-0,57	n.s.
4.Trastorns formals del pensament	-0,23	n.s.
<u>SANS-R</u>		
1.Pobresa afectiva	-0,31	n.s.
2.Alògia	-0,00	n.s.
3.Abúlia	-0,24	n.s.
4.Anhedònia	-0,06	n.s.
5.Dèficit d'atenció	-0,43	n.s.

En la re-avaluació les diferències inicials semblen esborrar-se completament. Tots dos grups es comporten clínicament de forma paral.lela en l'evolució diacrònica.

En quant a l'aspecte lingüístic, examinarem les diferències en el PLC i el bloc SPR tant inicialment (Taula XX), com en la re-avaluació (Taula XXI).

## TAULA XX

Comparació entre esquizofrèncics positius i maníacs.

Avaluació inicial PLC / SPR (Test de Wilcoxon).

PLC	Z	p
1.Pobresa de parla	-0,63	n.s.
2.Pobresa de contingut	-0,42	n.s.
3.Pressió de la parla	-1,89	n.s.
4.Distractibilitat	-0,41	n.s.
5.Tangencialitat	-0,42	n.s.
6.Descarrilament	-0,39	n.s.
7.Incoherència	-0,21	n.s.
8.Assoc. Fonètiques	-0,34	n.s.
9 Neologismes	-0,84	n.s.
10.Aprox. Paraules	-0,12	n.s.
11.Circumstancialitat	-0,89	n.s.
12.Perseveració	-1,12	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	n.s.
14.Bloquejos	-0,20	n.s.
15.Afectació	-0,35	n.s.
16.Valoració Global	-0,40	n.s.

---

SPR	Z	p
Disrupcions Sintagmàtiques	-0,18	n.s.
Elaborac. Paradigmàtiques	-0,70	n.s.



Repeticions	-0,15	n.s.
-------------	-------	------

Per tant, des del punt de vista de la patologia lingüística, les diferències entre els dos grups estudiats no són significatives en cap dels ítems analitzats en l'avaluació inicial.

En la taula següent (Taula XXI) comprovarem fins a quin punt això es manté en la re-avaluació.

## TAULA XXI

Comparació entre esquizofrèncics positius i maníacs.

Re-avaluació PLC/SPR (Test de Wilcoxon).

<u>PLC-R</u>	<u>Z</u>	<u>p</u>
1.Pobresa de parla	-0,18	n.s.
2.Pobresa de contingut	-1,28	n.s.
3.Pressió de la parla	-1,73	n.s.
4.Distractibilitat	-0,62	n.s.
5.Tangencialitat	-0,97	n.s.
6.Descarrilament	-0,17	n.s.
7.Incoherència	-1,65	n.s.
8.Assoc. Fonètiques	-0,88	n.s.
9 Neologismes	-0,88	n.s.
10.Aprox. Paraules	-1,86	n.s.
11.Circumstancialitat	-0,41	n.s.
12.Perseveració	-0,18	n.s.
13.Ecolàlia	0,00	n.s.
14.Bloquejos	0,00	n.s.
15.Afectació	-0,18	n.s.
16.Valoració Global	-0,31	n.s.
<hr/>		
<u>SPR-R</u>		
Disrupcions Sintagmàtiques	-1,18	n.s.
Elaborac. Paradigmàtiques	-0,06	n.s.
Repeticions	-0,11	n.s.

En la re-avaluació lingüística es confirma la tendència de l'avaluació inicial: entre esquizofrèncics positius i maníacs les diferències existents en cap moment són significatives. Podem parlar per tant, d'un comportament paral·lel en l'aspecte lingüístic del subgrup positiu d'esquizofrèncics i del grup de maníacs. Aquesta similitud es manté en l'aspecte evolutiu. Si considerem l'avaluació clínica en conjunt també podem parlar d'un paral·lelisme marcat entre els dos grups si bé amb menys uniformitat que en l'aspecte estrictament lingüístic.

En el conjunt d'observacions sobre els 44 pacients estudiats tant en l'avaluació inicial com en la re-avaluació s'ha analitzat fins a quin punt existeixen correlacions entre els índexs S (disrupcions sintagmàtiques) i P (elaboracions paradigmàtiques) que són de nova creació i certs ítems de les escales PLC, SAPS i SANS, ja existents.

En concret, he plantejat la hipòtesi que l'índex S correlaciona amb els ítems següents del PLC: distractibilitat (PLC 4); tangencialitat (PLC 5); descarrilament (PLC 6); incoherència (PLC 7) i bloqueig (PLC 14). En quant als SAPS es proposa la correlació amb

trastorns formals del pensament (SAPS 4) i la puntuació global (SAPS G).

Pel que fa a l'índex P plantejo la correlació amb els items del PLC: associacions fonètiques (PLC 8); neologismes (PLC 9); aproximacions de paraules (PLC 10) i perseveració (PLC 12).

Igualment amb els SAPS Global, SANS Global i SAPS 4.

Un cop calculades les pertinents correlacions segons  $r$  de Spearman trobem els següents resultats (Taula XXII).

TAULA XXII

	r	p
S / PLC 4	0,03	n.s.
S / PLC 5	-0,21	n.s.
S / PLC 6	0,75	<0,001
S / PLC 7	0,42	<0,010
S / PLC 14	0,02	n.s.
S / SAPS G	0,24	n.s.
S / SAPS 4	0,52	<0,001
P / PLC 8	0,56	<0,001
P / PLC 9	0,18	n.s.
P / PLC 10	0,46	<0,001
P / PLC 12	0,59	<0,001
P / SAPS G	0,25	n.s.
P / SANS G	-0,51	<0,001
p / SAPS 4	0,57	<0,001

Les hipòtesis plantejades es confirmen parcialment.

Cal observar com els trastorns formals del pensament tenen una alta correlació amb tots dos índex (S i P). També cal remarcar la forta correlació negativa P /SANS-G que ens indica que com més forta sigui la presència de

simptomes negatius menys tendència hi haurà a que es  
donin elaboracions paradigmàtiques.

\*\*\*\*\*

## 6. CONCLUSIONS.

*No considero el cultiu de la ciència  
com una competència per tenir raó  
sinó com un treball destinat a fer  
créixer i aprofundir el coneixement.*

Carl Gustav Jung

*Tout vrai langage est incompréhensible.*

Antonin Artaud

### 6.1. Conclusions de la part general.

6.1.1. Es pot atorgar un estatus científic a la psicopatologia com a disciplina que té per objecte el comportament anormal de l'individu expressat en actes de conducta significants.

6.1.2. Dins de la psicopatologia cal tenir en compte el paper cabdal del llenguatge, derivat de la posició fonamental que ocupa en el camp de les relacions humanes.

6.1.3. La lingüística moderna ha prèes en el terreny de les ciències socials un paper similar al de les matemàtiques en el de les ciències experimentals, en el sentit que els models lingüístics han esdevingut una eina de gran poder heurístic en disciplines com poden ser, per exemple, l'antropologia, la semiòtica o la psicologia. En aquesta línia, la psicopatologia es pot beneficiar de l'aplicació de models lingüístics que tenen, per altra banda, una tradició ben llarga en el camp de la medicina. Si ens cenyim al camp de la comunicació humana i en limitem les formes anòmales, anem definint l'objecte d'una àrea interdisciplinària per la qual proposo el nom de *psicopatolingüística*.

6.1.4. L'estudi del llenguatge esquizofrènic presenta unes dificultats d'antuvi per motius epistemològics que es poden sintetitzar en tres aspectes:

a) persisteix certa indefinició nosològica sobre l'esquizofrènia..



b) la relació llenguatge/pensament és encara objecte de fortes controvèrsies. La posició mentalista - que sol adoptar la psicopatologia- no està exempta de crítiques, essencialment pel seu simplisme.

c) no hi ha unanimitat respecte a la ubicació del possible dèficit lingüístic esquizofrènic pel que fa a la dicotomia lingüística competència/actuació (*competence/performance*).

6.1.5. La qüestió del llenguatge esquizofrènic ha generat una gran quantitat de literatura científica. S'han aplicat tota mena d'aproximacions teòriques: fenomenològiques, psicodinàmiques, associacionistes, conductistes, psicolingüístiques, etc. sense que es pugui parlar d'un cos sòlid i unànimement acceptat de coneixements al respecte. Tan sols hi ha un acord general sobre l'escassa comunicabilitat del llenguatge esquizofrènic i l'enorme variabilitat que pot presentar.

6.1.6. La dicotomia lingüística sintagma/paradigma, definida ja per Saussure, té plena vigència. Lingüistes i semiòlegs com Hjelmslev, Jakobson, Martinet i Barthes se n'han ocupat en profunditat. Dels dos tipus de relació, destaco les paradigmàtiques que poden esdevenir un instrument privilegiat d'anàlisi en múltiples camps, com

s'anirà veient. Defineixo el paradigma com un repertori d'elements lingüístics (o semiològics) entre els quals es pot variar dins d'una mateixa categoria.

6.1.7. La força de les relacions paradigmàtiques és perceptible en molts diferents tipus de llenguatges com poden ser l'humor, els somnis, els lapsus, l'afàsia, els llenguatges "regressius" (primitius, infants), els llenguatges creatius (poesia, prosa, publicitat). Fins i tot en el llenguatge visual (tant pintura com cinema) podem definir-hi relacions paradigmàtiques i percebre la seva important funció.

Sempre com a contrapunt complementari del sintagma, el paradigma es desplega constantment a diferents nivells fent evident que no és secundari en el funcionament lingüístic.

6.1.8. Les relacions sintagmàtiques i paradigmàtiques són aplicables -més enllà del llenguatge- a la cognició en general. Una sèrie de fets, uns experimentals i altres derivats de la patologia dels hemisferis cerebrals, permeten establir un paral·lelisme entre el funcionament cognitiu de l'hemisferi no-dominant i la capacitat paradigmàtica.

Per altra banda, en el llenguatge musical és perceptible la força de les estructures paradigmàtiques.

Finalment cal posar de relleu com, a través de l'anàlisi de molts diferents tipus de fenòmens lingüístics de tota mena, queda clar que els recursos paradigmàtics poden estar fortament implicats en la creativitat.

6.1.9. En les formes més productives del llenguatge esquizofrènic, allò que ha rebut clàssicament el nom d'*esquizofàsia*, es pot formalitzar l'alteració bàsica segons un doble esquema: a) disrupció de l'eix del sintagma (en tots els seus distints nivells)

b) activació de l'eix paradigmàtic, mitjançant la qual cosa es fan evidents tota una sèrie de formes noves o elaboracions paradigmàtiques.

Això es comprova a través de la revisió de la literatura, des dels autors clàssics fins als actuals, i a través de l'aportació d'una casuística personal.

Val a dir que aquest esquema descriptiu és aplicable al llenguatge de les formes esquizoafectives i, possiblement, encara que manca un aprofundiment en aquest punt, al llenguatge dels maníacs.

6.1.10. Un cop acceptat el principi general esmentat en el punt precedent i que posa l'accent en l'activació de l'eix paradigmàtic, cal assenyalar certes formes lingüístiques emparentades amb l'esquizofàsia, justament per aquest principi: - alguns tipus d'afàsia.

- el llenguatge poètic o en prosa en els seus aspectes més innovadors i creatius.

- el llenguatge dels infants i dels pobles dits primitius, que se sol englobar en l'epígraf de formes regressives del llenguatge.

- el llenguatge sota l'efecte dels psicodislèptics.

- el llenguatge oníric.

6.1.11. La hipòtesi de l'activació paradigmàtica en esquizofàsia s'ajusta a les troballes experimentals sobre disfunció de l'hemisferi dominant i sobre-compensació de l'hemisferi no dominant en esquizofrèncics.

## 6.2. Conclusions de la part experimental

L'estudi sincrònic i diacrònic comparat d'un grup de pacients esquizofrènics i maniacs respecte al seu comportament sindròmic global i lingüístic específic permet concloure que:

Respecte a la metodologia emprada,

6.2.1. Els índexs de disrupcions sintagmàtiques, S, i d'elaboracions paradigmàtiques, P, poden ser un mètode vàlid i fiable per avaluar alteracions lingüístiques, sobretot en les síndromes psicòtiques més productives (esquizofrènia i mania).

6.2.1.1. Tots dos índexs tenen una alta correlació amb els trastorns formals del pensament tal com els descriu Andreasen.

6.2.1.2. Per altra banda, l'índex P té una alta correlació negativa amb la puntuació global de símptomes negatius, tal com els defineix Andreasen.

Respecte als grups clínics,

6.2.2. El comportament sindròmic global, avaluat amb les escales SAPS i SANS d'esquizofrènics i maníacs és similar. Les diferències més importants es donen en els símptomes negatius on els esquizofrènics tendeixen a puntuacions més altes.

6.2.3. L'avaluació lingüística mitjançant l'escala PLC mostra, en general, escasses diferències entre esquizofrènics i maníacs.

6.2.3.1. Els ítems més destacats són, per una banda, la triada tangencialitat, descarrilament i incoherència que tenen certa unitat fenomenològica i, per altra banda, pobresa de contingut, perseveració i parafàsies. La resta d'ítems es dona en freqüències baixes.

6.2.3.2. Hi ha dos ítems que marquen una diferència: la pressió de parla i la circumstancialitat, més alts en maníacs amb la qual cosa es confirma la impressió clínica clàssica.

6.2.4. Els índexs S i P mostren un nivell alt de patologia en tots dos grups. Els maníacs, fins i tot mostren un nivell significativament més alt de disruptions paradigmàtiques que els esquizofrènics.

6.2.5. En la re-avaluació al cap d'uns mesos el grup d'esquizofrèncics millora ostensiblement pel que fa als símptomes positius i molt lleument (tan sols en alògia) pel que fa als símptomes negatius. Això confirma la tendència a una evolució deficitària com a grup.

6.2.6. En els esquizofrèncics la re-avaluació lingüística a través del PLC i dels índexs S i P permet apreciar una disminució global de la patologia. En els ítems descarrilament, incoherència i parafàsia és especialment marcat aquest fet, així com en els índexs S i P. Aquest últim fet apunta cap a l'alta sensibilitat d'aquest mètode en avaluacions diacròniques.

6.2.7. El grup dels maníacs mostra una milloria clara respecte a la presència de símptomes positius en la re-avaluació clínica.

6.2.8. El grup dels maníacs mostra també una franca disminució de la patologia lingüística en la re-avaluació. Aquest fenomen, de nou, queda reflectit més clarament amb els índex S i P que amb l'escala PLC.

6.2.9. El subgrup d'esquizofrènics positius té un comportament clínic diacrònic gairebé idèntic al grup maníac.

6.2.10. Aquest subgrup d'esquizofrènics positius mostra també una evolució lingüística parangonable a la dels maníacs. El càlcul de l'índex S i P, de nou ho mostra més clarament que l'escala PLC.

6.2.11. Si comparem directament maníacs i esquizofrènics positius en l'avaluació clínica inicial trobem diferències tan sols en les al.lucinacions (com sembla lògic) pel que fa als símptomes positius. Respecte els símptomes negatius no es troben diferències significatives en pobresa afectiva, alògia i dèficit d'atenció. En abúlia i anhedònia hi ha diferències significatives. Totes aquestes diferències clíniques s'esborren en la re-avaluació. Per tant, tots dos grups es comporten clínicament de forma paral·lela en llur evolució.

6.2.12. Els maníacs i els esquizofrènics positius mostren en l'aspecte lingüístic una confirmació de les tendències esmentades que fins i tot es marquen més. No existeixen, ni en l'avaluació inicial ni en la re-avaluació, diferències significatives en cap dels ítems



del PLC ni en els índex S i P entre els maníacs i els esquizofrènics positius. Això ens indica una tendència evolutiva similar entre aquests dos grups. En aquest sentit, el conjunt de les darreres troballes pot donar suport a les hipòtesis que defensen la psicosi única.

\*\*\*\*\*

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. Edition) D.S.M.III.* 1980

Alarcos Llorach, E.: *Gramática estructural.* Ed. Gredos, Madrid, 1971

Allen, H.: Do positive and negative subtypes of schizophrenia show qualitative differences in language production? *Psychological Medicine*, 13: 787-797, 1983

Allen, H.: Positive and negative symptoms and the thematic organisation of schizophrenic speech. *British Journal of Psychiatry*, 144: 611-617, 1984

Allen, H. i Allen, D.S.: Positive symptoms and organisation within and between ideas in schizophrenic speech. *Psychological Medicine*, 15: 71-80, 1985

Amarel, M. i Cheek, F.E.: Some effects of LSD-25 on verbal communication. *Journal of Abnormal Psychology*, 70: 453-456, 1965

Andreasen, N.J.C.: James Joyce. A portrait of the artist as a schizoid. *J.A.M.A.*, 224: 67-71, 1973

Andreasen, N.C.: *Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC).* University of Iowa, Iowa City, 1978

Andreasen, N.C.: The clinical assessment of thought, language and communication disorders. I.- The definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36: 1315-1321, 1979a

Andreasen, N.C.: The clinical assessment of thought, language and communication disorders. II.- Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 36: 1325-1330, 1979b

Andreasen, N.C.: The relationship between schizophrenic language and the aphasia. In: *Schizophrenia as a brain disease*, F.A. Henn i H.A. Nasrallah (Eds.), Oxford University Press, London, 1982

Andreasen, N.C.: *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. University of Iowa, Iowa City, 1984

Andreasen, N.C. i Grove, W.: The relationship between schizophrenic language, manic language and aphasia. In: *Hemisphere asymmetries of function in psychopathology*. S. Gruzelier i P. Flor-Henry (Eds.) Elsevier/North Holland, Amsterdam, 1979

Andreasen, N.C. i Olsen, S.A.: Negative vs. positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39: 789-794, 1982

Andreasen, N.C. i Akiskal, H.S.: The specificity of bleulerian and schneiderian symptoms: a critical reevaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6:41-54, 1983

Andreasen, N.C., Hoffman, R.E. i Grove, W.M.: Mapping abnormalities in language and cognition. In: *Controversies in schizophrenia*, M. Alpert (Ed.), Guilford Press, New York, 1985

Andreasen, N.C. i Grove, W.M.: Thought, language and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin.*, 12: 348-359, 1986

Andrews, G. i Vinkenoog, S. (Eds.): *The book of grass. An anthology of indian hemp*. Peter Owen, Londres, 1967 (Trad. cast.: Anagrama, Barcelona, 1977)

Angyal, L.: Über dem subkortikalen Anteil der schizophrenen Sprachstörungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 86: 137-165, 1933

Angyal, A.: Disturbances of thinking in schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Arietti, S.: Rapida rassegna degli studi del pensiero schizofrenico da Bleuler ai giorni nostri. *Arcivi di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 28: 237-254, 1967

Arsenian, J. i Semrad, E.V.: Schizophrenia and language. *Psychiatric Quarterly*, 40: 449, 1966

Autors Diversos: *Diccionario Durvan de la Lengua Española*. Durvan, S.A. de Ediciones, Bilbao, 1965.

Balbi, Covello i Piro, S.: Analisi logica e semantica del linguaggio nelle psicosi da monoetilamide dell acido lisergico (LAE 32). *Acta Neurologica*, 14: 885, 1959

Barthes, R.: *Elementos de semiologia*. Alberto Corazón, Madrid, 1970

Basil, C.: La comunicación no vocal en el tratamiento de la discapacidad física y psíquica grave. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 11: 481-496, 1984

Beck, S.J.: Errors in perception and fantasy in schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Benjamin, J.D.: A method for distinguishing and evaluating formal thinking disorders in schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Benjamin, T.B. i Watt, N.F.: Psychopathology and semantic interpretation of ambiguous words. *Journal of Abnormal Psychology*, 74: 704-714, 1969

Benson, F.D.: Disorders of verbal expression. In: *Psychiatric aspects of neurologic disease*. D.F. Benson i D. Blumer (Eds.), Grune and Stratton, New York, 1975

Berlyne, D.E.: *Structure and direction in thinking*. John Wiley & Sons, New York, 1965. (Trad. cast. Ed. Trillas, México, 1972)

Bernardi, S.: Pensiero e linguaggio in schizofrenico. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 13: 1312-1322, 1969

Bernstein, L.: *The unanswered question: six talks at Harvard*. Harvard University Press, Cambridge, 1976

Bertalanffy, L. von.: *General Systems Theory*, Braziller, New York, 1968

Bion, W.R.: Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38: 261-270, 1957

Bierwisch, M.: *El estructuralismo. Historia, problemas, métodos*. Ed. Tusquets, Barcelona, 1971

- Bleuler, E.: *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press, New York, 1950. (Edició original: Leipzig, 1911)
- Blum, R.A. et al.: Changes in cognition, attention and language in acute schizophrenia. *Diseases of the Nervous System*, 30: 31-36, 1969
- Bobon, J., Maccagnani, G., i Piro, S.: Schizophasie et schizoparaphasie. *Acta Neurologica Belgica*, 67: 924-938, 1967
- Bogen, J.E.: The other side of the brain. II: An appositional mind. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Societies*, 34: 135-162, 1969
- Boller, F.: A neurologist looks at schizophasia. *Behavioral Brain Sciences*, 5: 591, 1982
- Boyle, D.G.: *Language and thinking in human development*. Hutchinson Co. Ltd., London, 1971. (Trad. cast.: Troquel, Buenos Aires, 1977)
- Broadbent, D.E.: *Perception and communication*. Pergamon Press, London, 1958
- Broadbent, D.E.: *Decision and stress*. Academic Press, New York, 1971
- Brockington, I.F., Kendell, R.E., i Leff, J.P.: Definitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. *Psychological Medicine*, 8: 387-398, 1978
- Brown, R.W., i Berko, J.: Word association and the acquisition of grammar. *Child Development*, 3: 1-14, 1960
- Buck, L.A., i Kramer, A.: Creative potential in schizophrenia. *Psychiatry*, 40, 146-162, 1977
- Bufalino, G.: Entrevista per L. Sciascia. *El País*, 17 Abril, 1983
- Bufalino, G. *Perorata del apestado*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1983
- Bunge, M.: *Teoría y realidad*. Ed. Ariel, Barcelona, 1972
- Bunge, M.: *La investigación científica*. Ed. Ariel, Barcelona, 1969. (Edic. rev.: 1983)

- Burroughs, W.: Cannabis y opiáceos. In: *El libro de la yerba*, G.Andrews i S. Vinkenog (Eds.). Anagrama, Barcelona, 1977
- Burroughs, W.: *El Viejo Topo*, 15, Desembre 1977
- Burstein, A.G.: Primary process in children as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 59: 284-286, 1959
- Burstein, A.G.: Some verbal aspects of primary process thought in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 62:135-137, 1961
- Buscaino, V.M.: Il linguaggio schizofrenico. *Acta Neurologica (Napoli)*, 22: 573-579, 1967
- Cabrera Infante, G.: *Tres tristes tigres*. Seix Barral, Barcelona, 1967
- Cabrera Infante, G.: Entrevista per Ana Basualdo. *La Vanguardia*, Barcelona 5 Agost, 1981
- Calvo Serraller, F.: La estrategia del camaleón. Muestra de Hank Herron. Crítica. *El País*, 17 Juliol, 1987
- Calvo Serraller, F.: Estructuras repetitivas. Crítica. *El País*, 13 Desembre, 1985
- Cameron, N.: Experimental analysis of schizophrenic thinking. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.) ,Univ. of California Press, Berkeley, 1944
- Caramazza, A. i Berndt, R.S.: A psycholinguistic assessment of adult aphasia. In: *Handbook of applied psycholinguistics*. S. Rosenberg (Ed.), Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J. 1982
- Carpenter, M.D.: Sensitivity to syntactic structure: good vs. poor premorbid schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 83: 41-50, 1976
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S., i Bartko, J.J.: Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia, *Science*, 182: 1275-1278, 1973
- Casares, J.: Diccionario ideológico de la lengua española. Ed. Gustavo Gili, Barcelona, 1951
- Castilla del Pino, C.: Introducción. In: *Presupuestos para la objetivación en Psicopatología*. Iª Ponencia del

XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. A.E.N. Madrid, 1977

Castilla del Pino, C.: *Introducción a la Psiquiatría. 1.- Problemas generales. Psico(pato)logía*. Alianza Editorial, Madrid, 1979

Cazeneuve, J.: *La sociedad de la ubicuidad*. Ed. Gustavo Gili, Barcelona, 1978

Cela, C.J.: *Diccionario secreto*. Alianza Editorial, Madrid, 1974-1975

Cervantes, M. de: *Don Quijote de la Mancha*. Ediciones Castilla, Madrid, 1947

Chafe, W.L.: *Meaning and the structure of language*. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1970

Chaika, E.O.: A Linguist looks at "schizophrenic" language. *Brain and Language*, 1: 257-276, 1974

Chaika, E.O.: Schizophrenic speech, slips of tongue and jargonaphasia: A reply to Fromkin and to Lecours and Vanier-Clément. *Brain and Language*, 4: 464-475, 1977

Chaika, E. i Lambe, R.: The locus of dysfunction in schizophrenic Speech. *Schizophrenia Bulletin*, 11: 8-15, 1985

Chapman, J.: Distractibility in the conceptual performance of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 53:286-291, 1956

Chapman, L.J.: Intrusion of associative responses into schizophrenic conceptual performance. *Journal of Abnormal Psychology*, 56: 373-379, 1958

Chapman, L.J.: Schizomimetic conditions and schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 646-650, 1969

Capman, L.J.: Confusion of figurative and literal usages of words by schizophrenics and brain damaged patients. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 60: 412-416, 1960

Chapman, L.J., Chapman, J.P., i Daut, R.L.: Schizophrenic inability to disattend from strong aspects of meaning. *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 35-40, 1976

Chapman, L.J., Chapman, J.P., i Miller, G.A.: A theory of verbal behavior in schizophrenia. In: *Progress in experimental personality research*. Vol.I, B.A. Maher (Ed.) Academic Press, New York, 1964

Chapman, L.J. i Mc Ghie: A comparative study of disordered attention in schizophrenia. *Journal of Mental Sciences*, 108: 487-500, 1962

Chapman L.J. i Taylor, J.D.: Breadth of deviate concepts used by schizophrenics. 1957

Chomsky, N.: *Language and mind*. Harcourt, Brace & World, New York, 1968. (Trad. cast. Seix-Barral, Barcelona, 1971)

Chomsky, N.: *Reflexiones sobre el lenguaje*. Ariel, Barcelona, 1979

Chomsky, N.: *Rules and representations*. Columbia University Press, New York, 1980

Chomsky, N. i Miller, G.A.: *El análisis formal de los lenguajes naturales*. Alberto Corazón, Madrid, 1972

Chukovsky, K.: *From two to five*. Univ. of California Press. Berkeley, 1968. (Original en rús)

Cifali, M.: Une glossolale et ses savants. Elise Müller, alias Hélène Smith. In: *La linguistique fantastique*, S.Auroux, J.C.Chevalier, N.Jacques i C.Marchello (Eds.), Joseph Clims/Denoël, Paris, 1985

Cioran, I.M.: *Desgarradura*. Montesinos, Barcelona, 1983

Clark, E.V.: What's in a word? on the child's acquisition of semantics in his first language. In: *Cognitive development and the acquisition of language*, T.E. Moore (Ed.) Academic Press, New York, 1973

Cohen, B.D.: Referent communication in schizophrenia: the perseverative-chaining model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 270: 124-139, 1976

Cohen, B.D., Nachmani, G. i Rosenberg, S.: Referent communication disturbances in acute schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 83: 1-13, 1974

Cole, M. i Scribner, S.: *Culture and thought: A psychological introduction*. John Wiley & Sons, New York, 1974. (Trad. cast.: Limasa, México, 1977)



- Colodrón, A.: *Las esquizofrenias*. Siglo XX de España Editores, Madrid, 1983
- Cooper, J.E. et al.: *Psychiatric diagnosis in New York and London*. Maudsley Monograph, N. 20, Oxford University Press, London, 1972
- Corominas, J.: *Diccionario critico-etimológico de la lengua castellana*. Vol. II. Gredos, Madrid, 1954
- Cortázar, J.: *Rayuela*. Seix-Barral, Barcelona, 1984
- Craig, R.J.: Interpersonal competition, overinclusive thinking and schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40: 9-14, 1973
- Craig, R.J.: Overinclusive thinking and schizophrenia. *Journal of Personality Assessment*, 35: 208-223, 1971
- Cramer, P.: Associative responses in normals and schizophrenics. *Journal of General Psychology*, 80: 291-298, 1969
- Critchley, M.: The neurology of psychotic speech. *British Journal of Psychiatry*, 110: 353-364, 1964
- Cromwell R.L. i Dokecki, P.R.: Schizophrenic language: a disattention interpretation. In: *Development in applied psycholinguistic research*, S. Rosenberg i J. Koplín (Eds.) MacMillan, New York, 1968
- Crow, T.J.: Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process? *British Medical Journal of Clinical Research*, 280: 66-68, 1980
- Curran, F. i Schilder, P.: Paraphasic signs in diffuse lesions of the brain. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 82: 613-636, 1935
- Dale, P.J.: *Language development*. Holt, Rinehart & Winston, New York, (2a. Ed.), 1976
- Deckner, W.C. i Blanton, R.L.: Effect of context and strenght of association on schizophrenic verbal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 74: 348-351, 1969
- DeWolfe, A.S.: Cognitive structure and pathology in associations of process and reactive schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 148-153, 1971

Dimond, S.J.: Disconnection and psychopathology. In: *Hemisphere asymmetries of function in psychopathology*. J.Gruzelier i P.Flor-Henry (Eds.), Elsevier, Amsterdam, 1979

Dimond, S.J., and Beaumont, J.G.: Experimental studies of hemisphere functions of the brain. In: *Hemisphere functions of the human brain*, S.J. Dimond i J.G. Beaumont (Eds.) John Wiley & sons, New York, 1974

Dokecki, P.R., Polidoro, L.G. i Cromwell, R.L.: Commonality and stability of word association responses in good and poor premorbid schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 70: 312-316, 1965

Domarus, Von: The specific locus of logic in schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S.Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Done, D.J. i Frith, C.D.: The effect of context during word perception in schizophrenic patients. *Brain and Language*, 23: 318-336, 1984

Downing, R.W. et al.: Intrusion of associative distractors into conceptual performance by acute schizophrenics: role of associative strenght. *Perceptual and Motor Skills*, 22: 460-462, 1966

Ducrot, O. i Todorov, T.: *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974

Durbin, N. i Martin, R.L.: Speech in mania: syntactic aspects. *Brain and Language*, 4: 208-218, 1977

Ellman, R.: *James Joyce*. Oxford University Press, New York, 1959

Espriu, S.: *Les cançons d'Ariadna*.  
1a. Edició, Els llibres de l'Ossa Menor, Barcelona, 1949  
2a. edició, dins *Obra poètica*, Albertí, Barcelona, 1963  
Espriu, S.: *Primera història d'Esther*. Aymà, Barcelona, 1948

Faber, R. i Bierenbaum Reichstein, M.: Language dysfunctions in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 139:519-522, 1981

Feighner, J.P. et al.: Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63, 1972

- Fericgla, J.M.: *El bolet i la gènesi de les cultures*. Altafulla, Barcelona, 1985
- Flekkoy, K., Astrup C. i Hartmann, T.: Word associations in schizophrenics: A ten years follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 45: 201-216, 1969
- Flor-Henry, P.: In: *Hemisphere asymmetries of function in psychopathology*. Gruzelier, J. i Flor-Henry, P. (Eds.), Elsevier, Amsterdam, 1979
- Fontan, M.: Approche linguistique du discours du schizophrène. *Annales Médico Psychologiques* (Paris), 1: 169-182, 1974
- Forrest, D.V.: Poiesis and the language of schizophrenia. *Psychiatry*, 28: 1-18, 1965
- Forrest, D.V.: New words and neologisms. *Psychiatry*, 32: 44-73, 1969
- Forrest, D.V.: Nonsense and sense in schizophrenic language. *Schizophrenia Bulletin*, 2: 286-301, 1976
- Foucault, M.: *Naissance de la clinique*. P.U.F., Paris, 1963
- Fraser, W.I., King, K.M., Thomas, P. i Kendell, R.E.: The diagnosis of schizophrenia by language analysis. *British Journal of Psychiatry*, 148: 275-278, 1986
- Freedman, B.J.: The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 30: 333-340, 1974
- Freedman, D.X.: Perspectives on the use and abuse of psychodelic drugs. In *Ethnopharmacologic search for psychoactive drugs*, D.H. Efron, B. Holmstedt i N.S. Kline (Eds.), Raven Press, New York, 1979
- Freud, S.: *Die Traumdeutung*, Denticke, Viena, 1900. (Trad.cast.: Biblioteca Nueva, Madrid, 1948)
- Freud, S.: *Formulation regarding the two principles of mental functioning*. *Collected papers*. Hogarth, London, 1946. (Edició original, 1911)
- Friedrich, D., Emery, K. i Fuller, G.: Performance of paranoid schizophrenics on a dichotic listening task.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 583-587, 1974

Fromkin, V.: A linguist looks at "A linguist looks at schizophrenic language". *Brain and Language*, 2: 498-503, 1975

Fuller, G.D., i Kates, S.L.: Word association repertories of schizophrenics and normals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 497-500, 1969

Gali, A.: *L'ensenyament de l'ortografia als infants*. Barcino, Barcelona, 1971

Galín, D.: Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. *Archives of General Psychiatry*, 31: 572-583, 1974

Galín, D.: Lateral specialization and psychiatric issues: Speculations on development and the evolution of consciousness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 299: 397-411, 1977

Galín, D. i Ellis, R.: Asymmetry in evoked potentials as an index of lateralized cognitive processes: Relation to EEG alpha asymmetry. *Neuropsychologia*, 13: 45-50, 1975

Gardner, H. i Denes, G.: Connotative judgements by aphasic patients on a pictorial adaptation of the semantic differential. *Cortex*, 9: 183-196, 1973

Gardner, H., Brownell, H.H., Wapner, W. i Michelow, D.: Missing the point: The role of the right hemisphere in the processing of complex linguistic materials. In: *Cognitive processing in the right hemisphere*, E. Perecman (Ed.), Academic Press, New York, 1983

Gardner, H., Silverman, J., Wapner, W. i Zurif, E.: The appreciation of antonymic contrasts in aphasia. *Brain and Language*, 6: 301-317, 1978

Gathercole, C.E.: A note on some tests of "overinclusive thinking". *British Journal of Medical Psychology*, 38: 59-62, 1965

Gazzaniga, M.S.: The split brain in man. *Brain and Consciousness*, 118-123, 1967

Gerver, D.: Linguistic rules and the perception and recall of speech by schizophrenic patients. *British*

*Journal of Social and Clinical Psychology*, 6: 204-211, 1967

Gimferrer, P.: *Lecturas de Octavio Paz*. Anagrama, Barcelona, 1980

Goldman, A.E.: Symbol consensus and univocality in schizophrenia. *Journal of Projective Techniques*, 26: 288, 1962

Goldstein, K.: Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Gordon, H.W.: Hemispheric asymmetries in the perception of musical chords. *Cortex*, 6: 387-398, 1970

Gordon, H.W.: Music and the right hemisphere. In: *Functions of the right cerebral hemispheres*, A. Young (Ed.), Academic Press, Londres, 1983

Gottesman, L.E.: Forced-choice word associations in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69: 673-675, 1964

Gottschalk et al.: The speech patterns of schizophrenic patients: A method of assessing relative degree of personal disorganization and social alienation. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 127: 153-166, 1958

Gottschalk, et al.: Further studies on the speech patterns of schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 132: 101-113, 1961

Gottschalk, L.A. et al.: Prediction of changes in severity of the schizophrenic syndrome with discontinuation and administration of phenothiazines in chronic schizophrenic patients: Language as a predictor and measure of change in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 11: 123-140, 1970

Gottschalk, L.A. i Gleser, G.C.: Distinguishing characteristics of the verbal communications of schizophrenic patients. In: *Disorders of communication* A.R.N.M.D., 42: 400-413, William and Wilkin, Baltimore, 1964

Gottschalk, L.A., Winget, C.N., Gleser, G.C. i Lolas, F.: *Análisis de la conducta verbal*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1984

Green, P., Glass, A. i O'Callaghan, M.: Some implications of abnormal hemisphere interaction in schizophrenia. In: *Hemisphere asymmetries of function in psychopathology*, G. Gruzelier i P. Flor-Henry (Eds.), Elsevier, Amsterdam, 1979

Grésillon, A.: Le mot-valise, un "monstre de langue"?. In: *La linguistique fantastique*, S. Aurous, J.C. Chevalier, N. Jacques i C. Marchello (Eds.), Joseph Clims/Denoël, Paris, 1985

Grice, H.P.: Logic and conversation. In: H. Paul Grice - *William James Lectures*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1975

Grof, S.: *Realms of the human unconscious*. Dutton & Co. Inc., New York, 1976

Grühle, H.W.: Psychologie der Schizophrenie. In: *Psychologie der Schizophrenie*, J. Berze i H.W. Grühle (Eds.), Springer, Berlin, 1929

Grühle, H.W.: Die Psychopathologie. In: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, O. Bumke (Ed.), vol. 9, part 5, Springer, Berlin, 1932

Grühle, H.W.: *Grundriss der Psychiatrie*. 14a. edició, Bergmann, Munich, 1947

Gur, R.E.: Motoric laterality imbalance in schizophrenia. A possible concomitant of left hemisphere dysfunction. *Archives of General Psychiatry*, 34: 33-37, 1977

Halliday, M. i Hasan, R.: *Cohesion in english*. Longman, London, 1976

Hamsher, K. de i Arnold, K.O. : A test of Chapman's theory of schizophrenic thought disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 296-302, 1976

Harrow, M. et al.: Concrete and idiosyncratic thinking in acute schizophrenics patients. *Archives of General Psychiatry*, 26: 433-439, 1972a

Harrow, M. et al.: Stimulus overinclusion in schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 27: 40-45, 1972b

Harrow, M. et al.: Overinclusive thinking in acute schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 79: 161-168, 1972c

Harrow, M. i Marengo, J.T.: Schizophrenic thought disorder at follow-up: Its persistence and prognostic significance. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 373-393, 1986

Hawks, D.V. i Payne, R.W.: Overinclusive thinking and concept identification in psychiatric patients and normals. *British Journal of Medical Psychology* 45: 57, 1972

Hécaen, H.: Participation de l'hémisphère droit aux fonctions du langage: données neuropsychologiques. *Informaciones Psiquiátricas*, 68-69: 239-249, 1977

Hirsch, K. de: Diferential diagnosis between aphasic and schizophrenic language in children. *Journal of Speech and Hearing Diseases*, 32: 3-10, 1967

Hjemslev, L.: *Prolegómenos a una teoría del lenguaje*. Gredos, Madrid, 1969

Hjemslev, L.: *El lenguaje*. Gredos, Madrid, 1971

Ho, D.Y.: Modern logic and schizophrenic thinking. *Genetic Psychology Monographies*, 89: 143-165, 1974

Hoch, P.H. i Dunaif, S.L.: Pseudopsychopathic schizophrenia. In: *Psychiatry and the law*, P.H. Hoch i J. Zubin (Eds.), Grunne and Stratton, New York, 1955

Hoch, P.H. i Polatin, P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23: 248-276, 1949

Hoffman, R.E., Kirstein, L., Stopek, S. i Cicchetti, D.V.: Apprehending schizophrenic discourse: A structural analysis of the listener's task. *Brain and Language*, 15: 207-233, 1982

Hoffman, R. i Sledge, W.: A microgenetic model of paragrammatisms produced by a schizophrenic speaker. *Brain and Language*, 21: 147-173, 1984

Hofstadter, D.R.: *Metamagical themes questing for the essence of mind and pattern*, 1985

Hogben, G.L. i Jacobs, I.A.: Two verbal aspects of language and thought in schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38: 296, 1972

Horton, D.L., Marlowe, D. i Crowne, D.P.: The effect of instructional set and need for social approval on

- community of word-association responses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66: 67-72, 1963
- Huidobro, V.: *Altazor*. Visor, Madrid, 1973
- Humbert, M., Salvador, L., Seguí, J. Obiols, J. i Obiols, J.E.: Estudio interfiabilidad de la versión española de la evaluación de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13: 28-36, 1986
- Humboldt, W. von: Ueber das vergleichende Sprachstudium in Beziehung auf die verschiedenen Epochen der Sprachentwicklung (1820). In: *Gesammelte Schriften*, A. Leitzmann (Ed.), (vol. IV), Königlich Preussische Akademie der Wissenschaften, Berlin, 1903-1935
- Irigaray, L.: Le schizophrène et la question du signe. *Recherches*, 16: 31-42, 1974
- Iverson, D.J.: Overinclusion and short-term memory. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, (London), 21: 298-299, 1972
- Jackendoff, R. i Lerdahl, F.: A grammatical parallel between music and language. In: *Music, mind and brain*, M. Clynes (Ed.), Plenum Press, New York, 1982
- Jakobson, R.: Two aspects of language and two types of aphasia disturbances. In: *Fundamentals of language*, R. Jakobson i M. Halle, Mouton, La Haia, 1956. (Trad. cast.: *Fundamentos del lenguaje*, Ciencia Nueva, Madrid, 1967)
- Jakobson, R.: Linguistique et poétique. In: *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit, Paris, 1963
- Jakobson, R.: *Langage enfantin et aphasie*. Editions de Minuit, Paris, 1969
- Jakobson, R.: *Essais de linguistique générale II. Rapports externes et internes du langage*. Editions de Minuit, Paris, 1973
- Jaynes, J.: *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Houghton Mifflin Co., Boston, 1976
- Jimenez Casado, C.: *Comunicació personal*. 1986



Johnson, J.E. et al.: Two measures of overinclusive thinking in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 77:149-154, 1971

Johnson, R.C., Weiss, R.L. i Zelhart, P.F.: Similarities and differences between normal and psychotic subjects in response to verbal stimuli. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68: 221-226, 1964

Johnstone, E.C. et al.: The dementia of dementia praecox. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57: 305-324, 1978

Joyce, J.: *Finnegans Wake*. Gallimard, Paris, 1962. (Edició original: The Viking Press, New York, 1947)

Jung, C.G.: *The psychology of dementia praecox*. New York Journal of Nervous and Mental Diseases Publ. Co., New York, 1944

Kaplan, D. i Manners, R.A.: *Introducción crítica a la teoría antropológica*. Ed. Nueva Imagen, México, 1979

Kasanin, J.: The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 13: 97-126, 1933

Kasanin, J.S. (Ed.): *Language and thought in schizophrenia*. Univ. Of California Press, Berkeley, 1944. (Trad. cast.: Hormé, Buenos Aires, 1959)

Kasanin, J.S.: The disturbance of conceptual thinking in schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.), Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Kay, S.R. i Singh, M.M.: The positive-negative distinction in drug-free schizophrenia patients. *Archives of General Psychiatry*, 46: 711-718, 1989

Kent, G.H. i Rosanoff, A.J.: A study of association in insanity. *American Journal of Insanity*, 67: 317-390, 1910

Kety, S.S.: The syndrome of schizophrenia: unresolved questions and opportunities for research. *British Journal of Psychiatry*, 136: 421-436, 1980

Khlebnikov, V.: *Antologia poética*. Laia, Barcelona, 1984

Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F. i Rifkin, A.: *Diagnosis and drug treatment: adults and children* (2ª ed.), Williams & Wilkins, Baltimore, 1980

- Kleist, K.: Aphasie und Geisteskrankheit. *Münchener Medizin Wochenschrift*, 61: 8-13, 1914
- Kleist, K.: Schizophrenic symptoms and cerebral pathology. *Journal of Mental Sciencies*, 106: 246-255, 1960
- Klir, G.J. (Ed.): *Applied general systems research*. Plenum Press, New York, 1978
- Knowlton, G.C. Jr.: Carajo y sus congéneres hispánicos en Borrow, Byron, Ford y Scott. *Vuelta* 83: 48-50, 1983
- Koestler, A.: *En busca de lo absoluto*. Kairós, Barcelona, 1983
- Koh, S.D.: Remembering of verbal materials by schizophrenic young adults. In: *Language and cognition in schizophrenia*, S. Schwartz (Ed.), Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, New York, 1978
- Kraepelin, E.: *Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth, Leipzig, 1896
- Kraepelin, E.: *Dementia praecox and paraphrenia*. Livingstone, Edinburgh, 1919
- Kretschmer, E.: Experimentelle Typenpsychologie, Sinnes und Denkpsychologie Resultate. *Zeitschrift für Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 113: 776-796, 1928
- Kretschmer, E.: *Medizinische Psychologie*. Thieme, Stuttgart, 1950
- Kretschmer, E.: *Körperbau und Charakter* (20a. edición), Springer, Berlin, 1960
- Kuhn, T.S.: *The structure of scientific revolutions*. The University of Chicago Press, Chicago, 1962
- Kuhn, T.S.: *The essential tension*. The University of Chicago Press, Chicago, 1977.  
(Trad. cast.: F.C.E., México, 1982)
- Kuriansky, J.B. et al.: On trends in the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 131: 402-408, 1974
- Laffal, J.: The contextual associates of sun and god in Schreber's autobiography. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61: 474-479, 1960

- Laffal, J.: Changes in the language of a schizophrenic patient during psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63: 422-427, 1961
- Laffal, J.: The use of contextual associates in the analysis of free speech. *Journal of General Psychology*, 69: 51-64, 1963
- Laffal, J.: Linguistic field theory and studies of word association. *Journal of General Psychology*, 71: 145-155, 1964
- Lantéri-Laura, G.: *Los aportes de la lingüística a la psiquiatría moderna*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1976
- Lashley, K.S.: The problem of serial order in behavior. In: *Cerebral mechanisms in behavior*, L.A. Jeffress (Ed.), Wiley & Sons, New York, 1951
- Lawson, J.S., Mc Ghie, A. i Chapman, J.: Perception of speech in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 110: 375-380, 1964
- Lebrun, Y.: Schizophasie et bégaiement. *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 67: 939-945, 1967
- Lecours, A.R. i Vanier Clément, M.: Schizophasia and jargonaphasia. *Brain and Language*, 3: 516-565, 1976
- Lee, D.: *Freedom and culture*. Prentice-Hall, 1959
- Lennard, H. et al.: L.S.D.-25. A preliminary statement of its effects upon interpersonal communication. *Journal of Psychology*, 41: 185-198, 1956
- Lenneberg, E.H.: El concepto de la diferenciación del lenguaje. In: *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, E.H. Lenneberg i E. Lenneberg (Eds.), Alianza Editorial, Madrid, 1982.  
(Edició original anglesa, 1975)
- Leuenberger, H.: *La magie de la drogue*. Payot, Paris, 1976
- Lévi-Strauss, C.: *Anthropologie Structurale*. Plon, Paris, 1958
- Lévi-Strauss, C.: *La pensée sauvage*. Plon, Paris, 1962

- Levin, S.R.: *Estructuras lingüísticas en la poesía*. Cátedra, Madrid, 1977
- Levy, J. i Trevarthen, C.: Perceptual, semantic and phonetic aspects of elementary language processes in split-brain patients. *Brain*, 100: 105-118, 1977
- Levy, R. i Maxwell, A.E.: The effect of verbal context on the recall of schizophrenic and other psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 114: 311-316, 1968
- Levy-Bruhl, L.: *How natives think*. 1910 (En francès) (Versió anglesa: Washington Square Press, New York, 1966)
- Lisman, J.A. i Cohen, B.D.: Self-editing deficits in schizophrenia: A word-association analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 79: 181-188, 1972
- Livingston, P.B. et al.: Attention and speech in acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 18: 373-381, 1968
- Lorenz, M.: Problems posed by schizophrenic language. *Archives of General Psychiatry*, 4: 603-610, 1961
- Lorenz, M.: Criticism as approach to schizophrenic language. *Archives of General Psychiatry*, (Chicago), 9: 234-245, 1963
- Lothrop, W.: A critical review of research on the conceptual thinking of schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 132: 118-126, 1961
- Ludlow, F.H.: *The hasheesh eater: Being passages from the life of a pythagorean*. Harper and Bros., New York, 1857
- Luria, A.R.: *Fundamentos de neurolingüística*. Toray-Masson, Barcelona, 1980. (Trad. J. Peña)
- Luria, A.R.: *El llenguatge i l'intel·lecte en el desenvolupament del nen*. (En rús). Moscou, 1928. (Citat a: Luria, *Fundamentos de neurolingüística*, 1980)
- Luria, A.R.: *Lenguaje y pensamiento*. Fontanella, Barcelona, 1980
- Luria, A.R. i Vinogradova, O.S.: An objective investigation of the dynamics of semantic systems. *British Journal of Psychology*, 50, 1959. (Citat a Luria, *Fundamentos de Neurolingüística*, 1980)

- Luria, A.R. i Vinogradova, O.S.: *Una investigació objectiva de la dinàmica dels sistemes semàntics. (Estructura semàntica de la paraula)*. Ed. Nauka, Moscou (en rus), 1971.  
(Citat a Luria, *Fundamentos de neurolingüística*, 1980)
- Lyons, J.: *Introduction to theoretical linguistics*. Cambridge University Press, New York, 1966.
- Maher, B.A.: The language of schizophrenia: a review and interpretation. *British Journal of Psychiatry*, 120: 3-17, 1972
- Maher, B.A.: *Introducción a la investigación en psicopatología*. Taller Ediciones J.B., Madrid, 1974
- Maher, B.A., Mc Kean, K.D. i Mc Laughlin, B.: Studies in psychotic language. In: *The general inquirer: A computer approach to content analysis*, P.J.Stone, R.F. Bales, Z. Namenworth i D.M. Ogilvie (Eds.), M.I.T. Press, Cambridge, Mass, 1966
- Manubens, C.: Full de presentació de l'exposició de J. Falcó. Manresa, 1988
- Marchbanks, G. i Williams, M.: Factors affecting word selection by schizophrenic patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10: 241-252, 1971
- Martinet, A.: *Economie des changements phonétiques: Traité de phonologie diachronique*. Francke Verlag, Berna, 1955
- Mc Ghie, A. i Chapman, J.: Disorders of attention and perception in early schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology*, 34: 103, 1961
- Mc Neil, D.: Language origins. In: *Human ethology*. M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies i D. Ploog (Eds.), Cambridge University Press, Cambridge, 1979
- Meehl, P.E.: Specific genetic etiology, psychodynamics and therapeutic nihilism. *International Journal of Mental Health*, 1: 10-27, 1972
- Mellor, C.S.: First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117: 15-23, 1970
- Michelow, D., Brownell, H., Masson, L. Wapner, W. i Gardner, H.: On the sequencing of emotional and non-

emotional verbal materials by organic patients. Manuscript no publicat, 1982

Michels, V.: *Atlas de música, I*. Alianza Editorial, Madrid, 1982

Milgram, N.A.: Preference for abstract versus concrete word meanings in schizophrenic and brain damaged patients. *Journal of Clinical Psychology*, 15: 207-211, 1959

Miller, R.: *Meaning and purpose in the intact brain*. Clarendon Press, Oxford, 1981

Mittenecker, E.: Eine neue quantitative Methode in der Sprachanalyse und ihre Anwendung bei Schizophrenen. *Monatsschrift für Psychiatrie*, 121: 364-375, 1951

Moll, F. de B.: *Els llinatges catalans*. Moll, Palma de Mallorca, 1982

Montserrat Esteve, S., Costa Molinari, J.M. i Ballús, C.: *Patologia obsesiva. Iª Ponencia. Actas del congreso de la A.E.N. Málaga*, 1971

Moreau de Tours, J.J.: *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Paris, 1845

Morice, R.: The structure, organization and use of language in schizophrenia. In: *Handbook of studies on schizophrenia. Part I*. Burrows, Norman i Rubinstein (Eds.), Elsevier, Amsterdam, 1986

Morris, J.: A preliminary study of impaired intentional behavior in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 38: 79-91, 1965

Mounin, G.: *Diccionario de lingüística*. Labor, Barcelona, 1979

Mourer, J.A.: A prediction of patterns of schizophrenic error resulting from semantic generalization. *Journal of Abnormal Psychology*, 81: 250-254, 1973

Müller, F.M.: *The science of thought* (2 vols.). Scribner, New York, 1887

Murphy, G.: Types of word-association in dementia praecox, manic depressives and normal persons. *American Journal of Psychiatry*, 2: 539-571, 1923

- Muscari, P.G.: Language, reality and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 5: 334-340, 1979
- Nasrallah, H.A.: Laterality and hemispheric dysfunction in schizophrenia. In: *Schizophrenia as a brain disease*, F.A. Henn i H.A. Nasrallah (Eds.), Oxford University Press, London, 1982
- Neale, J.M. et al.: Preference for complexity in acute schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 245-246, 1969
- Neale, J.M. i Oltmanns, T.F.: *Schizophrenia*. John Wiley and Sons, New York, 1980
- Neuringer, C., Fiske,, P.J., Schmidt, M.W. i Goldstein, G.: Adherence to strong verbal meaning definitions in schizophrenia. *Journal of Genetic Psychology*, 121: 315-320, 1972
- Neuringer, C., Kaplan, H.A. i Goldstein, G.: Schizophrenic avoidance of strong-meaning association to emotional words. *Journal of Genetic Psychology*, 124: 120-129, 1974
- Obiols Vié, J.: *Investigación fenomenológica sobre la comprensibilidad del delirio esquizofrénico*. Tesi doctoral. Universitat de Barcelona, 1958
- Obiols, J., Humbert, M. i Guarch, J.: Validación y adaptación de la Escala de evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación de Andreasen (PLC). *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona* (en premsa)
- Obiols, J.E.: *Subtipus biològics de l'esquizofrènia*. Tesi doctoral. Universitat de Barcelona, 1985
- Obiols, J.E., Salvador, L., Humbert, M. i Obiols, J.: Evaluación de los síntomas negativos de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12: 85-91, 1985
- Oltmanns, T.F. i Neale, J.M.: Distractibility in relation to other aspects of schizophrenic disorder. In: *Language and cognition in schizophrenia*, S.Schwartz (Ed.), Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, New York, 1978
- Oltmanns, T.F., Murphy, R., Berenbaum, H. i Dunlop, S.R.: Rating verbal communication impairment in schizophrenia

and affective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 373-393, 1986

Oulipo: *La littérature potentielle*. Gallimard, Paris, 1973

Orefice, G.A.: *Diccionario multilingüe Al-borak*. Ed. Al-Borak, Madrid, 1974

Pavlov, I.P.: *Conditioned reflexes*. Oxford University Press, Oxford, 1927

Pavlovitch, M.: *Le langage enfantin: acquisition du serbe et du français par un enfant serbe*. Champion, Paris, 1920

Pavy, D.: Verbal behavior in schizophrenia. A review of recent studies. *Psychology Bulletin*, 70: 154-178, 1968

Pavy, D., Grinspoon, L. i Shader, R.I.: Word frequency measures of verbal disorders in schizophrenia. *Diseases of the Nervous System*, 30: 553-555, 1969

Payne, R.W. et al.: An experimental study of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 105: 627, 1959

Payne, R.W., Hochberg, A.C. i Hawks, D.V.: Dichotic stimulation as a method of assessing disorder of attention in overinclusive schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 76: 185-193, 1970

Pearson, C.: The cognitive sciences: A semiotic paradigm. In: *Language, mind and brain*, T.W. Simon, R.J. Scholes (Eds.), Lawrence Erlbaum Assoc. Publ., Hillsdale, N.J., 1982

Peastrel, A.L.: Studies in efficiency: semantic generalization in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64: 444-449, 1964

Penfield, W. i Lamar, R.: *Speech and brain mechanisms*. Princeton University Press, Princeton, N. J., 1959

Pérec, G.: *Penser / Classer*. Hachette, Paris, 1985. (Trad. cast.: Gedisa, Barcelona, 1986)

Peri-Rossi, C.: El último heterónimo de Fernando Pessoa. *El País-Libros*, 30 de Gener de 1983

Pessoa, F.: *Livro do desassossego*, Vols. I i II. Atica, Lisboa, 1982



- Peters, U.H.: Wortfeld-Störung und Satzfeld-Störung. Interpretation eines schizophrenen Sprachphänomens mit strukturalistischen Mitteln. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 217: 1-10, 1973
- Pey, S.: *Diccionari de sinònims i antònims*, Teide, Barcelona, 1970
- Piaget, J. i Inhelder, B.: *La gènese des structures logiques élémentaires: classifications et sériations*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1959
- Piaget, J.: Nécessité et signification des recherches comparatives en psychologie génétique. *International Journal of Psychology*, 1: 3-13, 1966
- Piro, S.: Semantica del linguaggio schizofrenico. *Acta Neurologica-Policlinico*, Napoli, 1958. (Nº. monogràfic)
- Piro, S.: La dissociation sémantique. *Annales Médico Psychologiques*, 118: 407-436, 1960
- Pope, H.G. i Lipinski, J.F.: Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 35: 811-828, 1978
- Price-Williams, D.: Comunicació personal, 1977
- Prior, M.R.: Overinclusion in chronic schizophrenia. *Psychological Reports*, 32 : 426, 1973
- Queneau, R.: *Exercices de style*. Gallimard, Paris, 1947. (Trad. cast.: Cátedra, Madrid, 1987).
- Raeburn, J.M. i Tong, J.E.: Experiments on contextual constraint in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 114: 43-52, 1968
- Rattan, R.B. i Chapman, C.J.: Associative intrusions in schizophrenic verbal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 82: 169-173, 1973
- Reed, J.L.: Schizophrenic thought disorder: A review and hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 11:403-432, 1970
- Reilly, F.E., Harrow, M. i Tucker, G.J.: Language and thought content in acute psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 130: 411-416, 1973
- Reilly, F.E., Harrow, M., Tucker, G.J., Quinlan, D. i Siegel, A.: Looseness of associations in acute

schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 127: 240-246, 1975

Rios, J.: *Larva*. Edicions del Mall, Barcelona, 1983

Rochester, S.R., Harris, J. i Seeman, M.V.: Sentence processing in schizophrenic listener. *Journal of Abnormal Psychology*, 82: 350-356, 1973

Rochester, S. i Martin, J.R.: *Crazy talk. A study of the discourse of schizophrenic speakers*. Plenum Press, New York, 1979

Roederer, J.G.: Physical and neuropsychological foundations of music. In: *Music, mind and brain*, M. Clynes (Ed.), Plenum Press, New York, 1982

Rosenberg, S.D. i Tucker, G.J.: Verbal content and the diagnosis of schizophrenia. Comunicació al 29 Congrés Anual de la A.P.A., Florida, 1976

Ross, J.F.: *Portraying analogy*. Cambridge University Press, New York, 1981

Rothenberg, A.: The process of janusian thinking in creativity. *Archives of General Psychiatry*, 24: 195-205, 1971

Rothenberg, A.: Psychopathology and creative cognition. *Archives of General Psychiatry*, 40: 937-942, 1983

Rubert de Ventós, X.: Conferència. Museo Español de Arte Contemporáneo. Festival de Primavera, Madrid, 1981

Ruesch, J. i Bateson, G.: *Communication: The social matrix of psychiatry*. Norton, New York, 1951. (Trad. cast.: Paidós, Buenos Aires, 1965)

Rümke, H.C. i Nijam, S.J.: Aphasia and delusion. *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandesa*, 61: 623-629, 1958

Rutter, D.R.: The reconstruction of schizophrenic speech. *British Journal of Psychiatry*, 134: 356-359, 1979

Ruzickova, R. et al.: Clinical experimental examination of patients with chronic schizophrenia and speech disturbances. II. *Cesk Psychiatrie*, 62: 374, 1966

Sadoul, N.: *Converses amb Hergé*. Juventud, Barcelona, 1986

Salvador, L., Obiols, J.E., Humbert, M. i Obiols, J.: Evaluación de los síntomas positivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12: 92-102, 1985

Salzinger, K.: An hypothesis about schizophrenic behavior. Comunicació presentada en el IV Congrés Mundial de Psiquiatria, Madrid, 1966

Salzinger, K.: Language: its regulatory and communicative functions. In: *Schizophrenia: Behavioral aspects*, John Wiley & Sons, New York, 1973

Salzinger, K. i Pisoni, S.: Reinforcement of affect responses of schizophrenics during the clinical interview. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 57: 84-90, 1958

Salzinger, K. i Pisoni, S.: Some parameters of the conditioning of verbal affect responses in schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63: 511-516, 1961

Sanchez Robayna, A. i Días-Migoyo, G.(Eds.) : *Palabras para Larva*, Edicions del Mall, Barcelona, 1983

Sapir, E.: The status of linguistics as a science, 1929. In: *Selected writings of Edward Sapir in language, culture and personality*, D.G. Mandelbaum (Ed.), University of California Press, Berkeley, 1949

Sarró, R.: Estudio sobre los delirios en las esquizoparafrenias. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 10 , 1972 (Nº monogràfic)

Sarró, R.: ¿Psicodélicos o psicolíticos?. La problemática del presente iluminada desde el pasado. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 15: 1-30, 1981

Saussure, F. de: *Cours de linguistique générale*. Payot, Paris, 1916/1967

Schatz. D.: *Manual de parapsicología*. Herder, Barcelona, 1980

Schefflen, A.F.: Sistemas de la comunicación humana. In: *La nueva comunicación*, Winkin (Ed.), Kairós, Barcelona, 1984

- Schloezer, B. de: Chroniques musicales, "Défense de l'Occident". *Nouvelle Revue Française*, 1: 281-284, 1932
- Schneider, A.: Studien über Sprachstörungen bei Schizophrenen (Schizophasien). *Zeitschrift für Neurologie*, 108: 491, 1927
- Schneider, C.: *Die Psychologie der Schizophrenen*. Thieme, Leipzig, 1930
- Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1950
- Scholes, R.: *Structuralism in literature*. Yale University Press, New-Haven, 1974
- Schwartz, S.: Do schizophrenics give rare word associations?. *Schizophrenia Bulletin*, 4: 248-250, 1978a
- Schwartz, S. (Ed.): *Language and cognition in schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 1978b
- Schwartz, S.: Is there a schizophrenic language?. *Behavioral and Brain Sciences*, 5: 579-626, 1982
- Seamon, J.G.: Coding and retrieval processes and the hemispheres of the brain. In: *Hemisphere function in the human brain*, S. Dimond i J.C. Beaumont (Eds.), John Wiley, New York, 1974
- Searleman, A.: A review of right hemisphere linguistic capabilities. *Psychological Bulletin*, 84: 503-528, 1977
- Searleman, A.: Language capabilities of the right hemisphere. In: *Functions of the right cerebral hemispheres*. A. Young (Ed.), Academic Press, London, 1983
- Searles, H.: *Escritos sobre esquizofrenia*. Gedisa, Barcelona, 1980
- Serrano, S.: *Literatura i teoria del coneixement*. Laia, Barcelona, 1978
- Serrano, S.: *Signes, llengua i cultura*. Edicions 62, Barcelona, 1980
- Serrano, S.: *La semiótica. Una introducción a la teoría de los signos*. Montesinos, Barcelona, 1981

Shannon, C. i Weaver, W.: *The mathematical theory of communication*, University of Illinois Press, Urbana, 1949

Shakow, D.: Psychological deficit in schizophrenia. *Behavior Science*, 8: 275-305, 1963

Shakow, D. et al.: Composite index of the Kent-Rosanoff free association test. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 70: 403-404, 1965

Sheiner, A.: Disturbi del processo del pensiero nella schizophrenia. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 28: 283-294, 1967

Shimkunas, A.M.: Conceptual deficit in schizophrenia: A reappraisal. *British Journal of Medical Psychology*, 45: 149, 1972.

Shimkunas, A.: Hemispheric asymmetry and schizophrenic thought disorder. In: *Language and cognition in schizophrenia*, S. Schwartz (Ed.), L. Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 1978

Silverman, J.: Perceptual and neurophysiological analogies of "experience" in schizophrenia and LSD reactions. In: *Schizophrenia. Current concepts and research*. S. Sankar (Ed.), New York, 1969

Silverman, G.: Psycholinguistics of schizophrenic language. *Psychological Medicine* (London), 2: 254-259, 1972

Silverman, G.: Redundancy, repetition and pausing in schizophrenic speech. *British Journal of Psychiatry*, 122: 407-413, 1973

Singer, M.T. i Wynne, L.C.: Thought disorders and family relations of schizophrenics. IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*, 12: 201-212, 1965

Sommer et al.: Is there a schizophrenic language?. *Archives of General Psychiatry*, 3: 665-673, 1960

Spencer, H.: *The principles of sociology*. Vol. I. Appleton & Co., New York, 1988

Sperry, R.W.: Hemisphere deconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist*, 23: 723-733, 1968

Sperry, R.W.: Split-brain approach to learning problems. In: *The Neurosciences: A study program*, G.C. Quarten, T. Melnechuk i F.C. Schmitt (Eds.), Rockefeller University Press, New York, 1967

Spitzer, R.L. i Wilson, P.T.: Classification in psychiatry. In: *Comprehensive textbook of psychiatry*, A.M. Freedman, H.I. Kaplan i B.J. Sadock (Eds.), Vol.II, Williams & Wilkins, Baltimore, 1975

Spitzer, R.L. et al.: DSM-III guiding principles. In: *Psychiatric diagnosis*, V.M. Rakoff et al. (Eds.), Brunner-Mazel, New York, 1977

Spitzer, R.L., Endicott, J. i Robins, E.: *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders* (3a. ed.). State Psychiatric Institute, New York, 1978a

Spitzer, R.L., Endicott, J. i Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC): Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-782, 1978b

Stam, J.H.: An historical perspective on "linguistic relativity". In: *Psychology of language and thought*, R.W. Rieber (Ed.), Plenum Press, New York, 1980

Steiner, G.: *Extraterritorial. Ensayos sobre literatura y la revolución lingüística*. Barral Editores, Barcelona, 1973

Storch, A.: The primitive archaic forms of inner experience and thought in schizophrenia. *Nervous and Mental Diseases Monograph*, 36, 1924

Storms, L.H. et al.: Verbal associative stability and commonality as a function of stress in schizophrenics, neurotics and normals. *Journal of Consulting Psychology*, 31: 181-187, 1967

Storms, L.H. i Broen, W.E. Jr.: Intrusion of schizophrenic idiosyncratic association into their conceptual performance. *Journal of Abnormal Psychology*, 79: 280, 1972

Strauss, J.: The clarification of schizophrenic concreteness by Piaget's tests. *Psychiatry*, 30: 294-301, 1967

Sugarman, A., Goldstein, L., Marjerrison, G. i Stoltyfus, N.: Recent research in EEG amplitude analysis. *Diseases of the Nervous System*, 34: 162-181, 1973

Sugishita, M.: Mental association in the minor hemisphere of a commissurotomy patient. *Neuropsychologia*, 16: 229-232, 1978

Sullivan, H.S.: The language of schizophrenia. In: *Language and thought in schizophrenia*, J.S. Kasanin (Ed.) Univ. of California Press, Berkeley, 1944

Szasz, T.: *The myth of mental illness*. Harper & Row, New York, 1961

Tenhaeff, W.H.C.: Sobre la estructura de la personalidad de los sensitivos. In: *Manual de Parapsicología*, O. Schatz (Ed.), Herder, Barcelona, 1980

Thomas, P., King, K. i Fraser, W.I.: Positive and negative symptoms of schizophrenia and linguistic performance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 144-151, 1987

Tierno Galván, E.: *Acotaciones a la historia de la cultura occidental en la edad moderna*. Tecnos, Madrid, 1964

Tizón, J.L.: *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Ariel, Barcelona, 1978

Toulmin, S.: Razones y causas. In: *La explicación en las ciencias de la conducta*, R. Borger y F.Cioffi (Eds.), Alianza Editorial, Madrid, 1974

Truscott, I.P.: Contextual constraint and schizophrenic language. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35: 189-194, 1970

Truscott, I.P.: Contextual constraint and the language function of schizophrenic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41: 468, 1973

Tucker, G.J. i Rosenberg, S.D.: Computer content analysis of schizophrenic speech: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 132: 611-614, 1975

Ullman, L.P., Krasner, C. i Edinger, R.L.: Verbal conditioning of common associations in long-term schizophrenic patients. *Behavior Research and Therapy*, 2: 15-18, 1964

- Ulrich, G.: Conceptos utilizados en la investigación de la constitución y predisposición psicobiológicas. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* (Versió cast.), 3: 20-38, 1982
- Valverde, J.M.: *Conocer Joyce y su obra*. Dopesa, Barcelona, 1978
- Venables, P.: Input dysfunctions in schizophrenia. In: *Progress in experimental personality research*, B.A. Maher (Ed.), Vol. I, Academic Press, New York, 1964
- Vygotski, L.S.: Thought in schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 31: 1063-1077, 1934
- Vygotski, L.S.: *Pensamiento y lenguaje*. La Pléyade, Buenos Aires, 1973
- Wahl, O. i Wishner, J.: Schizophrenic thinking as measured by developmental tests. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 155: 232-244, 1972
- Walcott, R.H.: Schizophrenese: a private language. *Journal of Health and Social Behavior*, 11: 126-134, 1970
- Watson, J.B.: *Behaviorism*. University of Chicago Press, Chicago, 1924.
- Watzlawick, P.: *El lenguaje del cambio*. Herder, Barcelona, 1980
- Weil, A.: *The natural mind*. Houghton Mifflin Co., Boston, 1972
- Weir, R.H.: *Language in the crib*. Mouton, The Hague, 1962
- Werner, H.: *Comparative psychology of mental development*. Science Editions, New York, 1948
- Werner, H.: The concept of development from a comparative and organismic point of view. In: *The concept of development*, D.B. Harris (Ed.), University of Minnesota Press, 1957
- Wexler, B.E.: Cerebral laterality and psychiatry: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 137: 279-291, 1980
- White, W.A.: The language of schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 16: 395, 1926



- Whitehorn, J. i Zipf, G.: Schizophrenic language. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 49: 831-851, 1943
- Whorf, B.L.: *Language, thought and reality*. M.I.T. Press, Cambridge, Mass., 1956.  
(Trad. cast.: Barral, Barcelona, 1970)
- Wiener, N.: *Cybernetics*. Hermann, Paris, 1948
- Williams, M.: The effect of context on schizophrenic speech. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5: 161-171, 1966
- Winkin, Y.(Ed.): *La nueva comunicación*. Kairós, Barcelona, 1984
- Winner, E. i Gardner, H.: The comprehension of metaphor in brain-damaged patients. *Brain*, 100: 719-727, 1977
- Wishner, J. i Wahl, O.: Dichotic listening in schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 538-546, 1974
- Wolf, P.: *Origen de las lenguas occidentales: 100 - 1500 d.C.* Guadarrama, Madrid, 1971
- Woods, W.L.: Language study in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 87: 290-316, 1938
- World Health Organisation: *The international pilot study of schizophrenia*. WHO, Geneva, 1973
- World Health Organisation: *ICD 9th revision: Mental disorders*. WHO, Geneva, 1978
- World Psychiatric Association: *Criterios diagnósticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas*. WPA, Espaxs, Barcelona, 1986.
- Zaidel, E.: Unilateral auditory language comprehension on the token test following cerebral commissurotomy and hemispherectomy. *Neuropsychology*, 15: 1-18, 1977
- Zerbin-Rudin, E.: Genetic research and the theory of schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 1: 42-62, 1972

\*\*\*\*\*

## APENDIX

APENDIX 1

PLC

El siguiente conjunto de definiciones ha sido desarrollado para mejorar la fiabilidad de las evaluaciones del "trastorno formal del pensamiento". En el pasado tales evaluaciones han sido poco fiables, al menos en parte, debido a que los clínicos y los investigadores no se han puesto de acuerdo acerca del significado de los términos que han usado. Es de esperar que las definiciones siguientes suministrarán un conjunto de términos comunes y fiables para describir el lenguaje y las conductas cognitivas que pueden ser observadas en los pacientes psiquiátricos.

Este conjunto de definiciones empezó con el reconocimiento clínico de - que el concepto de "trastorno formal del pensamiento" a menudo ha sido mal usado e incomprendido.

En primer lugar, a menudo ha sido tratado como si fuera unitario, pero de hecho se compone de un número de conductas lingüísticas distintas que son conceptualmente divergentes y no siempre correlacionadas en el mismo paciente, tales como "pobreza del pensamiento" y "asociaciones laxas". El reconocimiento de la diversidad de conceptos y términos ha llevado a la especificación de dieciocho tipos distintos de "trastornos formales del - pensamiento".

En segundo lugar, se ha supuesto que el "trastorno formal del pensamiento" ó al menos el "trastorno del pensamiento" es patognomónico de la esquizofrenia y omnipresente en los pacientes esquizofrénicos. La experiencia clínica contradice ambas presunciones. Las conductas lingüísticas tales como la relajación de asociaciones, la rima, el bloqueo, el habla repetitiva o hiperconcreta y la pobreza del habla también ocurren en otros trastornos psiquiátricos como la manía o la depresión, y también ocurren en el habla de personas que no reúnen los criterios para ningún diagnóstico psiquiátrico particularmente cuando están fatigadas o estresadas. Asimismo, algunos pacientes esquizofrénicos parecen hablar y pensar normalmente, con sólo alucinaciones o ideas delirantes específicas (o sea trastornos del contenido del pensamiento o trastornos perceptuales) como manifestaciones de su esquizofrenia.

Debido a que el término "trastorno formal del pensamiento" ha sido tan - malinterpretado y mal usado, es recomendable que no se utilice más. Los - distintos trastornos comprendidos en el concepto de "trastornos formales del pensamiento" pueden ser mejor conceptualizados como "trastornos del -

pensamiento, lenguaje y comunicación". Si se ve desde una perspectiva empírica, la mayoría de ellos son de hecho trastornos de la comunicación, y la noción de pensamiento sólo debe invocarse para explicar algunos de ellos.

Es decir, el siguiente conjunto de definiciones empezó con la idea de que la fiabilidad de las evaluaciones podía mejorarse si "el trastorno de pensamiento" era definido en términos de conducta lingüística y que solo se evaluaría la conducta que podía ser directamente observada. Casi siempre la conducta lingüística supone una interacción diádica entre un hablante y uno que escucha y el trastorno ocurre porque el hablante no sigue un conjunto de reglas que se usan convencionalmente para facilitar la comprensión a los que escuchan. Cuando el hablante no considera las distintas necesidades del que escucha, el resultado es generalmente un trastorno de la comunicación. Según esta definición, los ítems siguientes de la escala son "trastornos de la comunicación": pobreza en el contenido del habla, presión del habla, habla distraible, tangencialidad, descarrilamiento, afectación, ecolalia, autorreferencia, circunstancialidad, pérdida de meta, perseveración y bloqueo. El concepto de "trastorno del lenguaje" debe invocarse para aquellos trastornos específicos en los cuales el hablante viola las convenciones sintácticas y semánticas que gobiernan el uso del lenguaje: incoherencia, rimas, neologismos y aproximaciones de palabras. El concepto de "trastorno del pensamiento" comprende solo aquellos trastornos en los cuales únicamente el pensamiento parece aberrante: pobreza de habla (aberrante, porque el pensamiento parece no ocurrir) y falta de lógica (procesos inferenciales aberrantes). Estos distintos trastornos pueden ser llamados colectivamente trastornos del pensamiento-lenguaje-comunicación o trastornos PLC.

La experiencia en el uso de esta escala ha indicado que algunos trastornos PLC son más sugestivos de una psicopatología grave que otros. Estos han sido agrupados al principio de la escala y consisten en los once primeros ítems. Los datos reunidos hasta ahora respecto a la frecuencia de los distintos trastornos PLC en la manía, la esquizofrenia y la depresión están reunidos en el Apéndice. Como indican estos datos, algunos trastornos PLC considerados muy importantes en el pasado, tales como los neologismos y el bloqueo, son de hecho tan infrecuentes que resultan de escasa utilidad en la evaluación de la mayoría de los pacientes.

En la elección de qué trastornos debía cubrir la escala y como definirlos, a veces se tomaron decisiones para redefinirlos, combinarlos o eliminar-

conceptos más antiguos con el fin de mejorar la fiabilidad. Por ejemplo, no se ha usado el término "asociaciones laxas" porque se basa en una psicología asociacionista superada y porque se ha usado de una forma tan laxa que ha llegado a carecer de significado. El término "descarrilamiento" lo ha sustituido porque lleva una carga mínima y porque es gráficamente descriptivo. También se usan otros cuatro términos que a veces pueden ser equivalentes al concepto más antiguo de "asociaciones laxas" en esta escala: tangencialidad, incoherencia, falta de lógica y rimas (asociaciones fonéticas). Dado que es probablemente imposible alcanzar una buena fiabilidad cuando los clínicos deben juzgar acerca de cuán estrechas son las relaciones entre varias ideas, las definiciones que se apoyan en este juicio general han sido eliminadas. Por lo tanto, el término "fuga de ideas" -por ejemplo- ha sido eliminado y queda ahora subsumido bajo el concepto de descarrilamiento. Con el fin de permitir una evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación en todo tipo de pacientes, las definiciones no se han limitado a los trastornos considerados habitualmente característicos de la esquizofrenia. Se incluyen también las definiciones de dos términos extraídas de la afasiología: la parafasia semántica y la fonética, de forma que pueden distinguirse de la incoherencia.

La mayor parte de puntuaciones puede hacerse después de que un paciente ha sido evaluado con una entrevista psiquiátrica ordinaria, dado que ésta es un buen vehículo para dar lugar a esquemas típicos del habla usando preguntas relativamente estandarizadas. Debe permitirse al paciente que durante cierto tiempo hable tanto como sea posible, con el fin de observar su habla bajo estas condiciones. El paciente debe ser interrumpido en algún momento para ver como responde a ello.

La mayor parte de puntuaciones se describen cuantitativamente, o sea en términos de cuán a menudo ocurre durante una entrevista. Estas puntuaciones se basan en la presuposición de que la mayoría de entrevistas duran 50 minutos. Para entrevistas más largas o más cortas, los valores deben ser ajustados consecuentemente.

La fiabilidad interexaminador de estas definiciones ha sido evaluado cuidadosamente y se ha hallado que era muy buena. Para un fenómeno tal como los trastornos PLC que dependen de juicios subjetivos acerca de fenómenos que pueden cambiar enormemente en pocos días, la fiabilidad interexaminador es más significativa que la fiabilidad test-retest. Los datos en el apéndice relativos a la fiabilidad se basan en entrevistas en directo de 113 pacientes (32 maníacos, 36 depresivos, 45 esquizofrénicos).

## 1. POBREZA DE HABLA (HABLA LACONICA, POBREZA DE PENSAMIENTO)

Es la restricción de la cantidad de habla espontánea, de manera que las respuestas a las preguntas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas. Raramente se provee información adicional que no haya sido específicamente preguntada. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta "¿Cuántos hijos tiene?" el paciente responde, "Dos. Una niña y un niño. La niña tiene trece años y el niño, diez". "Dos", es todo lo que se requiere para responder a la pregunta y el resto de la respuesta es información adicional. La respuesta puede ser monosilábica, y algunas preguntas pueden quedar sin respuesta. - Cuando el entrevistador se encuentra delante de este patrón de lenguaje puede que tienda frecuentemente a estimular al paciente para animar la elaboración de respuestas. Para verificar este hallazgo, el examinador debe dar al paciente un tiempo adecuado para elaborar y responder a la pregunta.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Cree Vd. que hay mucha inseguridad ciudadana?"  
 Paciente: "Sí, eso parece". Entrevistador: "¿Estaba usted trabajando antes de llegar al hospital?". Paciente: "No". Entrevistador: "¿Qué tipo de trabajo ha tenido usted en el pasado?". Paciente: "Estuve de portero, pintor".  
 Entrevistador: "Que tipo de trabajo hace actualmente?". Paciente: "No tengo ninguno. No me gusta ningún tipo de trabajo." Entrevistador: "¿Hasta donde llegó en la escuela?". Paciente: "Estoy todavía en el bachillerato".  
 Entrevistador: "¿Cuántos años tiene?". Paciente: "Dieciocho".

0. No hay pobreza de lenguaje. Un sustancial número de respuestas incluye información adicional.
1. Ligera pobreza de lenguaje. Algunas respuestas no incluyen información elaborada.
2. Pobreza moderada de lenguaje. Algunas respuestas no incluyen información elaborada adecuadamente, y muchas respuestas son monosilábicas o muy breves ("Sí", "No", "Quizá", "No sé", "La semana pasada").
3. Pobreza grave de lenguaje. Las respuestas tienen raramente más de unas pocas palabras de longitud. Algunas preguntas pueden quedar sin respuesta.
4. Pobreza extrema del lenguaje. El paciente está esencialmente mudo.

## 2. POBREZA EN EL CONTENIDO DEL LENGUAJE (POBREZA DE PENSAMIENTO, ALOCIA, VERBIGERACION, TRASTORNO FORMAL NEGATIVO DEL PENSAMIENTO)

Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información. El lenguaje tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo y estereotipado. El entrevistador puede reconocer este hallazgo observando que el paciente ha estado hablando un rato pero no ha dado la información adecuada para responder a la pregunta. Alternativamente, el paciente puede proveer suficiente información pero requerir muchas palabras para ello, de manera que una respuesta muy larga puede ser resumida en una frase o dos. A menudo el entrevistador puede caracterizar el lenguaje como "filosofía barata".

Exclusiones: Este hallazgo difiere de la circunstancialidad en que el paciente con dicho trastorno (circunstancialidad) tiende a dar profusión de detalles.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Por qué piensa usted que la gente cree en Dios?".  
 Paciente: "Bien, en primer lugar, porque es la persona que es su salvador personal. Camina conmigo y habla conmigo. Y, esto, por lo que yo sé, muchas personas en realidad no conocen su ser personal. Porque, no tienen, no saben su yo personal. Ellos no, saben que, esto, me parece a mí, muchos de ellos no entienden que él anda y habla con ellos. Y, esto les enseña el camino a seguir. También entiendo que cada hombre y cada mujer, no está dirigido a la misma dirección, unos están dirigidos de una manera diferente. Van por diferentes caminos. El camino que, esto, Jesucristo quiso que siguieran. Yo, yo mismo estoy encaminado en la senda de conocer lo verdadero y lo falso y hacerlo. No puedo hacer más, ni menos que esto".

0. No hay pobreza del contenido del lenguaje.
1. Ligera pobreza del contenido del lenguaje. Ocasionalmente las respuestas son demasiado vagas para ser comprensibles o pueden ser marcadamente condensadas.
2. Moderada pobreza del contenido del habla. Las respuestas que son vagas o marcadamente condensadas pueden ocupar al menos una cuarta parte de la entrevista.
3. Severa pobreza del contenido del lenguaje. Al menos la mitad de la entrevista se compone de frases vagas o incomprensibles.
4. Extrema pobreza del contenido del habla. La mayoría de la entrevista es vaga, incomprensible o puede ser marcadamente condensada.



### 3. PRESION DEL HABLA

Es un aumento en la cantidad de habla espontánea en comparación con lo que se considera normal o lo que es usual en el medio social del paciente. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirle. Algunas frases pueden quedar incompletas por su tendencia a seguir con ideas nuevas. Algunas preguntas sencillas que podrían ser contestadas en pocas palabras o frases se contestan con gran extensión, de modo que la respuesta dura minutos en lugar de segundos, y de hecho, si no se le interrumpe, el paciente seguiría hablando. Incluso cuando se le interrumpe, el hablante continúa haciéndolo. El lenguaje tiende a ser enfático y con un volumen alto. En ocasiones los pacientes con presión del habla severa hablarán sin estímulo social alguno, y aun cuando nadie los escuche. Si reciben fenotiacinas o litio, el habla resultará enlentecida por la medicación, y sólo podrá ser evaluada en base a la cantidad, volumen y adecuación social. Si se aplica una medida cuantitativa a la cantidad del discurso, se considera que un discurso es rápido o que hay presión si es mayor de 150 palabras por minuto. Este trastorno puede acompañarse de descarrilamiento, tangencialidad o incoherencia, pero es distinto de ellos.

0. No hay presión en el habla.

1. Ligera presión del habla. Algún aumento ligero en la cantidad, la velocidad o volumen del habla.

2. Presión moderada del habla. En general, le lleva varios minutos el responder a cuestiones sencillas, puede hablar cuando nadie escucha y/o habla fuerte y rápidamente.

3. Presión grave del habla. Frecuentemente está tres minutos al menos para responder las cuestiones sencillas, a veces empieza a hablar sin estímulo social y/o puede haber dificultad en interrumpir su discurso.

4. Presión extrema del lenguaje. El paciente habla casi sin parar. No puede ser interrumpido y/o puede gritar para acallar el habla de otros.

### 4. DISTRAIBILIDAD

Durante el curso de una discusión o una entrevista, el paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano, tal como un objeto sobre el escritorio, la ropa del entre-

vistador o su apariencia, etc.

Ejemplo: "Entonces me fuí de Barcelona y me trasladé a ... ¿De donde ha sacado esa corbata? Parece de los años cincuenta. Me gusta el tiempo cálido de Alicante. ¿Es una concha de molusco eso que está sobre su mesa? ¿Alguna vez ha hecho submarinismo?"

0. Ausencia.

1. Leve. (Está distraído una vez durante la entrevista).

2. Moderado. (Está distraído de dos a cuatro veces durante la entrevista).

3. Grave. (Está distraído de cinco a diez veces durante una entrevista).

4. Extremo. (Está distraído más de diez veces durante la entrevista).

## 5. TANGENCIALIDAD

Consiste en contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante.

La respuesta puede estar relacionada con la pregunta de alguna forma distante. O bien, la respuesta puede no tener relación alguna y parecer totalmente irrelevante. En el pasado, la tangencialidad se ha usado como equivalente a las asociaciones laxas o al descarrilamiento. El concepto de tangencialidad se ha restringido parcialmente de manera que se refiere solamente a respuestas a preguntas y no a transiciones en el habla espontánea.

Ejemplo: Entrevistador: "¿En qué lugar nació Vd.?". Paciente: "Bien, esto es una pregunta difícil de responder porque mis padres... Yo nací en Nueva York, pero sé que soy blanco en lugar de negro, o sea que aparentemente yo vine de alguna parte del norte y no sé de donde, realmente no sé de donde vienen mis antepasados. O sea, no sé si soy irlandés, o francés o escandinavo. No sé, no creo que sea polaco, pero yo creo que pueda ser alemán o galés. No sé, pero todo es especulación, pero es una cosa que quisiera saber. No sé de donde son originarios mis antepasados. Pero nunca he tenido tiempo de encontrar la respuesta a esta pregunta".

0. No hay tangencialidad.

1. Leve. Ocurre una vez durante la entrevista.

2. Moderado. Ocurre de dos a cuatro veces.
3. Severo. Ocurre de cinco a diez veces.
4. Extremo. Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible.

#### 6. DESCARRILAMIENTO (ASOCIACIONES LAXAS, FUGA DE IDEAS)

Una forma de habla espontánea en la cual las ideas se van del hilo hacia otro que está relacionado de forma clara pero oblícua, o bien hacia otro hilo que no tiene ninguna relación. Las cosas pueden decirse en yuxtaposición sin ninguna relación significativa, o bien el paciente puede cambiar idiosincráticamente de un marco de referencia a otro. A veces, puede haber una conexión vaga entre las ideas y otras veces no es aparente ningún tipo de conexión. Esta forma de habla se caracteriza a menudo como si sonara "desconjuntada". Quizá la manifestación más común de esta alteración es un deslizamiento lento y continuo sin que ningún descarrilamiento concreto sea particularmente grave, de forma que el hablante se aleja más y más del hilo en cada descarrilamiento sin mostrar ninguna conciencia de que su respuesta ya no tiene ninguna conexión con la pregunta que se le ha formulado. Esta anomalía se caracteriza a menudo por la falta de cohesión entre las frases o partes de la misma y por referencias pronominales poco claras.

Aunque descarrilamientos menos graves (o sea, aquellos en que la relación entre las ideas yuxtapuestas es oblícua) han sido calificados en el pasado como tangencialidad o como fuga de ideas en el contexto de la manía, no se recomiendan tales distinciones porque tienden a ser poco fiables. La fuga de ideas es un descarrilamiento que ocurre rápidamente en el contexto del habla a presión. La tangencialidad ha sido definida antes como un fenómeno diferente en cuanto ocurre como respuesta inmediata a una pregunta.

Ejemplo.: Entrevistador: "¿Le gustó hacer esto?". Paciente: "Bueno... yo... yo me lo pasé realmente bien en algunos sitios donde estuve, y al día siguiente al salir, sabe, me controlé, como... esto... me puse, esto, blanqueador en el cabello, en Mallorca. Mi compañera de habitación era de Albacete, iba a la universidad, vivíamos en un albergue de estudiantes, y me quiso poner, este..., agua oxigenada en el pelo. Y me levanté y miré al espejo y los ojos se me llenaron de lágrimas. Ahora lo entiendo, me daba cuenta de lo que pasaba, pero por qué no podía yo ¿por qué las lágrimas? Yo no lo entiendo ¿Vd. lo entiende?. Entrevistador: "Vd. debe ser una persona emotiva, eso

es todo". Paciente: "Bueno, no mucho quiero decir, y si estuviera muerto? Es época de funeral. Bueno. Ahora tengo las uñas de los pies operadas. Esto, se infectaron y no pude hacerlo. Bien".

0. No hay descarrilamiento.
1. Leve. Ocurre una vez durante la entrevista.
2. Moderado. Ocurre de dos a cuatro veces.
3. Severo. Ocurre de cinco a diez veces.
4. Extremo. Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible.

#### 7. INCOHERENCIA (ENSALADA DE PALABRAS, JARGONOFASIA, ESQUIZOFASIA, PARAGRAMATISMO).

Un tipo de habla que es esencialmente incomprensible a veces. La incoherencia se debe a varios mecanismos diferentes, que pueden a veces ocurrir simultáneamente. A veces partes de frases coherentes pueden observarse en medio de una frase incoherente en su totalidad. A veces las alteraciones parecen estar en el nivel semántico de forma que las palabras se sustituyen en unas frases de forma que el significado parece distorsionado o destruido; la elección de palabras parece ser hecha totalmente al azar o puede parecer que tenga alguna conexión oblicua con el contexto. A veces las "palabras conjuntivas" como "y", "aunque" o artículos como "el", "la", "un", - "una" se omiten.

La incoherencia a menudo se acompaña del descarrilamiento. Difiere del descarrilamiento en que en la incoherencia la anormalidad ocurre dentro de la frase que contiene palabras o grupos de palabras que están unidas de forma incoherente. La anormalidad en el descarrilamiento comprende conexiones poco claras o confusas entre unidades más grandes, como frases.

Este tipo de trastorno del lenguaje es relativamente raro. Cuando ocurre, tiende a ser grave o extremo y las formas leves son poco frecuentes. Puede sonar bastante similar a una afasia de Wernicke o a la jargonofasia y en estos casos este trastorno debe ser llamado incoherencia (por tanto implicando un trastorno psiquiátrico y no un trastorno neurológico) cuando la historia y los datos de laboratorio excluyen la posibilidad de una etiología orgánica conocida y las pruebas formales de afasia son negativas.

Exclusiones: No se valorará como incoherencia a las construcciones levemente no gramaticales que se producen cuando una persona está buscando la palabra, frase o idea apropiada. (Ejemplo: "Mi padre, durante mucho tiempo, - bueno, empezó... se hizo creyente, yo digo que ahora es cristiano, porque acostumbra a mentir y a irse por ahí".)

Los giros idiomáticos característicos de medios regionales, o grupos étnicos, la falta de escolarización, o un nivel intelectual bajo, no deberán valorarse como "incoherencia".

Ejemplo: "Es difícil entender claro, hay muchos que quieren pasar y no pueden... poder... bailaremos el pescadito, el picoteo, de donde he salido, debe salir de por allá que hay luz... a veces pican y a veces no pican, el picoteo, que como lo hago... despedirme mí o despedirme yo. Hemos venido a hacer algo pero no hacemos nada, yo estaba como una cuba no quería moverme no quería nada y ahora qué hacemos y ahora los tenemos a todos y qué hacemos, había banderas o no había banderas mira falta el tomate". Entrevistador: "¿De qué pueblo es usted?". Paciente: "Si me dolían los pies era la bailarina, si me dolía la cabeza era de la cabeza, se movía todo y era una mariposa perdone yo no entiendo pero yo me pondré el vestido que querré... y ahora como tengo que ir, con vestido o sin vestido, todavía lo tengo aquel vestido".

0. No hay incoherencia.

1. Leve. Ocurre una vez durante una entrevista.

2. Moderado. Ocurre de dos a cuatro veces.

3. Severo. Ocurre de cinco a diez veces.

4. Extremo. Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible.

## 8. FALTA DE LOGICA

Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica. Puede tomar la forma de non sequiturs (= no sigue ninguna secuencia), en que utilizando un mecanismo lógico, el paciente asocia dos proposiciones que dan un resultado ilógico. Puede tomar la forma de inferencia falsamente inductiva. También puede tomar la forma de conclusiones finales basadas en premisas falsas sin que exista ningún pensamiento delirante verdadero.

Exclusiones: La falta de lógica puede conducir a o ser el producto de ideas delirantes. Cuando se produce pensamiento ilógico en el contexto de un sistema delirante, deberá incluirse dentro del concepto de ideas delirantes y no considerarse un fenómeno separado que represente un tipo diferente de trastorno del pensamiento. El pensamiento ilógico que claramente se deba a valores culturales o religiosos, o a déficit intelectual también deberá ser excluido.

Ejemplo: Paciente: "Los padres son la gente que te cría. Cualquier cosa que te críe puede ser un padre. Los padres pueden ser cualquier cosa, material, vegetal o mineral que te haya enseñado algo. Los padres serían el mundo de las cosas que están vivas, que están ahí. Las rocas, una persona puede mirar a una roca y aprender algo de ella, o sea esto sería un padre".

0. No hay falta de lógica.
1. Leve. Ocurre una vez durante una entrevista.
2. Moderado. Ocurre de dos a cuatro veces.
3. Severo. Ocurre de cinco a diez veces.
4. Extremo. Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible.

#### 9. ASOCIACIONES FONÉTICAS (RIMAS)

Patrón del habla en que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, de modo que está alterada la inteligibilidad del habla y hay palabras redundantes. Además de las relaciones por rima, este patrón del habla puede también incluir asociaciones en doble sentido, de modo que una palabra de sonido similar inicia un nuevo pensamiento.

Ejemplo: Paciente: "Qué era... lo que era y lo que será porque se ve no se nota. Hala vete al pateleo otra vez... a patear que salimos de patos o de naranjas... usted lo conoce".

0. No hay asociaciones fonéticas.
1. Leve. Ocurre una vez durante una entrevista.

2. Moderada. Ocurre de dos a cuatro veces.
3. Severa. Ocurre de cinco a diez veces.
4. Extrema. Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible.

## 10. NEOLOGISMOS

Formación de nuevas palabras. Un neologismo se define aquí como una palabra o grupo de palabras completamente nuevo cuya derivación no puede ser comprendida. A veces el término "neologismo" también se ha usado para significar una palabra que ha sido derivada incorrectamente pero cuyos orígenes son comprensibles debido a un uso erróneo de los métodos aceptados para la formación de palabras. Con el propósito de mayor claridad éstas deben ser definidas como aproximaciones de palabras. Los neologismos son bastantes infrecuentes.

Ejemplo: Paciente: "La crotalundra roenza del hombre curqueño".

0. Ausente.
1. Leve. Uso de un neologismo durante una entrevista.
2. Moderado. Uso de dos a cuatro neologismos durante una entrevista.
3. Severo. Uso de más de cinco neologismos durante una entrevista.

## 11. APROXIMACIONES DE PALABRAS (PARAFASIA, METONIMOS)

Palabras viejas que se usan de una forma nueva poco convencional, o palabras nuevas que se desarrollan con las reglas convencionales de formación de palabras. A menudo el significado será evidente aunque el uso parezca peculiar o extraño (por ejemplo, bolígrafo puede ser nombrado como "patín de papel"). A veces las aproximaciones de palabras se hacen de forma que el paciente usa una o varias palabras repetidamente de forma que les da un nuevo significado, añadiéndole otra (por ejemplo, a un reloj se le puede llamar "recipiente de tiempo", el estómago un "recipiente de comida", un aparato de televisión un "recipiente de noticias", etc.).

Exclusiones: Las parafasias semánticas y fonéticas deben incluirse en esta categoría sólo si los resultados de las pruebas formales de afasia son

negativos. A veces el habla incoherente puede parecer basada en posibles parafrasis semánticas en ausencia de resultados positivos en las pruebas formales de afasias. Tales casos deben ser considerados como representativos de incoherencia si las sustituciones ocurren frecuentemente y la categoría de aproximaciones de palabras debe restringirse a los casos en que las sustituciones semánticas ocurren relativamente con poca frecuencia. Las palabras usadas metafóricamente no deben ser consideradas como aproximaciones de palabras (por ejemplo: "Soy como un cenicero para el resto del mundo").

Ejemplo: "Para mí es diseño y para según quien son disueños". "Si no me porto bien mi madre me llevará a un correjional".

0. Ausente.

1. Leve. Uso de una aproximación de palabras durante una entrevista.

2. Moderado. Uso de dos a cuatro aproximaciones de palabra durante una entrevista.

3. Severo. Uso de más de cinco aproximaciones durante una entrevista.

## 12. CIRCUNSTANCIALIDAD

Un patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final. Cuando el paciente quiere explicar algo, da muchos detalles tediosos y en ocasiones hace acotaciones marginales. Las respuestas o ideas circunstanciales pueden durar muchos minutos mientras que el paciente no sea interrumpido y se le urja ser concreto. Con frecuencia será fácil que un entrevistador reconozca la circunstancialidad si necesita interrumpir a un paciente para poder completar la historia en un lapso de tiempo determinado. (Popularmente a estos pacientes se les suele calificar como "palizas" o "rolleros").

Exclusiones: Aunque puede coexistir con algo de pobreza del contenido del pensamiento o pérdida de meta, difiere del primero en que el discurso circunstancial contiene excesivos detalles amplificadores o ilustrativos. Asimismo, difiere de la pérdida de meta, en que eventualmente se llega a ésta si es que se le permite a la persona hablar el tiempo suficiente. Difiere del descarrilamiento en que los detalles presentados están estrechamente relacionados con el objeto del discurso, y que éste finalmente es alcanzado.

0. No hay circunstancialidad.



1. Leve. Respuestas circunstanciales ocasionales durante la entrevista, pero el paciente puede retomar el hilo facilmente si se le interrumpe y se le insta a ello.
2. Moderado. Varias descripciones o respuestas circunstanciales durante la entrevista, o respuestas simples que a menudo duran por lo menos cinco minutos, o el paciente continua usando un patrón circunstancial a veces, aunque se le interrumpe.
3. Severo. Muchas descripciones o respuestas circunstanciales durante la entrevista, o cualquier respuesta simple de característica circunstancial, que dure más de 15 minutos, o el paciente habitualmente continua con un patrón circunstancial incluso cuando se le interrumpe.

### 13. PERDIDA DE META

Incapacidad de seguir una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural. Esto se manifiesta generalmente en el habla, que empieza con un tema concreto, se aleja de él, y no vuelve al mismo. El paciente puede darse cuenta o no de que ha perdido su meta. A menudo ocurre en asociación con descarrilamiento.

0. No hay pérdida de meta.
1. Leve. Un fallo en seguir un tema hasta su conclusión lógica durante la entrevista.
2. Moderado. De dos a cuatro fallos en seguir un tema hasta su conclusión lógica durante la entrevista.
3. Severo. Cinco o más fallos en seguir un tema hasta su conclusión durante la entrevista.

### 14. PERSEVERACION

Repetición persistente de palabras, ideas, o temas de forma que, una vez el paciente empieza un tema concreto o una una palabra concreta, continuamente vuelve a ello en el proceso de habla.

Exclusiones: Esto difiere de las "palabras depósitos" en que las palabras repetidas se usan de forma adecuada a su significado usual. Algunas pala-

bras o grupos que se usan en forma habitual para rellenar pausas, tales como "quiero decir" o "como", no deben ser consideradas perseveraciones.

Ejemplos: "Creo que me pondré mi sombrero, mi sombrero, mi sombrero".

Entrevistador: "Dígame como es Vd., que clase de persona es Vd.". Paciente: "Soy de Aguilas, provincia de Murcia. Esto cae a unos 50 kms. de Murcia capital. Estoy casado, tengo treinta y seis años. Mi mujer tiene treinta y cinco. Ella vive en Calasparra, provincia de Murcia. Esto está a unos cuantos kilómetros de Aguilas, provincia de Murcia. Actualmente estoy en un hospital psiquiátrico en Valencia, que está a unos doscientos kilómetros de Aguilas, provincia de Murcia".

0. No hay perseveración.

1. Ligera. Hay una repetición persistente de un grupo de palabras o ideas.
2. Moderada. Tiene una repetición persistente de dos o tres grupos de palabras o ideas.
3. Severa. Tiene una repetición persistente de cuatro o más grupos diferentes de palabras o ideas.

## 15. ECOLALIA

Una forma de hablar en que el paciente hace como el eco de las palabras del entrevistador. La ecolalia típica tiende a ser repetitiva y persistente. El eco se pronuncia a menudo con una entonación burlesca, musitante o destacando cada sílaba. La ecolalia es relativamente poco frecuente en adultos, pero más frecuente en niños.

Exclusiones: Algunas personas habitualmente repiten las preguntas, aparentemente para clarificarlas y formular su respuesta. Esto se indica en general al replantear las cuestiones o repetir las últimas palabras, (por ejemplo, "¿Qué comió Vd. ayer?" a "¿Qué comí ayer?" o bien "¿Comí ayer?").

Ejemplos: El médico dice al paciente: "Me gustaría hablar con Vd. unos minutos". El paciente responde: "Hablar con Vd. unos minutos", con entonación que marca cada sílaba.

0. Ausencia.

1. Ligera. Repetición de palabras o frases una vez durante la entrevista.
2. Moderada. Repetición de palabras o frases de dos a cuatro veces durante la entrevista.
3. Severa. Repetición de palabras o frases de cinco a más veces durante la entrevista.

## 16. BLOQUEO

Interrupción del hilo del habla, antes de que una idea o pensamiento haya sido completado. Después de un período de silencio que puede durar desde pocos segundos a minutos, la persona indica que no puede recordar lo que estaba diciendo o quería decir. Para juzgar como presente el bloqueo es necesario que la persona describa voluntariamente que ha perdido su pensamiento o bien que cuando el entrevistador le pregunte, la persona le indique que ésta era la razón de su pausa.

0. Ausente.
1. Leve. Ocurre una sola vez durante la entrevista.
2. Moderado. Ocurre de dos a cuatro veces.
3. Severo. Ocurre cinco o más veces.

## 17. AFECTACION EN EL HABLA

Habla que tiene una cualidad excesivamente afectada o formal. Puede parecer rebuscada o pasada de moda, o puede parecer pomposa, distante o excesivamente educada. La afectación se consigue generalmente a través de una elección peculiar de palabras (palabras de muchas sílabas cuando existen alternativas mucho más cortas, igualmente adecuadas), fraseología extremadamente educada ("Excúseme señora, puedo pedirle una audiencia en su oficina, cuando le sea conveniente?") o bien una sintaxis formal y rígida ("Mientras que el abogado se comportó indecorosamente, el médico se comportó como es costumbre en un caballero nato").

0. No hay afectación del habla.
1. Leve. Uno o dos ejemplos de afectación en el habla durante la entrevista.

2. Moderada. Frecuentes ejemplos de afectación en el habla.
3. Severa. La mayoría de respuestas a las preguntas, y el habla espontánea con afectación.

## 18. AUTORREFERENCIA

Un trastorno en el cual el paciente repetidamente refiere a sí mismo el tema de que se está hablando cuando otra persona habla, y también refiere temas aparentemente neutrales a sí mismo, cuando es él quien habla. Este hallazgo generalmente no puede ser evaluado en base a una entrevista psiquiátrica, ya que entonces se le pide al sujeto que hable de sí mismo. Puede ser observado durante otras pruebas o en una conversación informal acerca de temas neutrales y debe ser evaluado solo en este contexto.

Ejemplo: Entrevistador: "Qué hora es?" Paciente: Las siete en punto. Este es mi problema. Nunca sé que hora es. Quizá debería intentar estar más atento a la hora".

0. Ausente.
1. Leve. La autorreferencia ocurre una vez durante quince minutos en una discusión de un tema neutral.
2. Moderada. La autorreferencia ocurre de dos a cuatro veces durante una discusión de quince minutos, de un tema neutral.
3. Severa. La autorreferencia ocurre más de cinco veces, durante una discusión de quince minutos de un tema neutral.

## 19. PARAFASIA FONEMICA

Pronunciación errónea reconocible de una palabra porque los sonidos o las sílabas están fuera de secuencia. Formas más graves ocurren en la afasia, pero formas más leves pueden ocurrir en los "lapsus linguae" del habla cotidiana. El hablante generalmente reconoce su error y puede intentar corregirlo.

Ejemplo: "Reslabé en el hielo y me rompí el brazo".

0. Ausente.

1. Leve. Un caso de parafasia fonémica durante la entrevista.
2. Moderada. De dos a cuatro casos de parafasia fonémica durante la entrevista.
3. Severa. Cinco o más casos de parafasia fonémica durante la entrevista.

## 20. PARAFASIA SEMANTICA

Sustitución de una palabra inadecuada al tratar de decir algo específico. El hablante puede o no reconocer su error e intentar corregirlo. Esto ocurre típicamente tanto en la afasia de Broca, como en la de Wernicke. Puede ser difícil de distinguir de la incoherencia, ya que la incoherencia puede también ser debida a las sustituciones semánticas que distorsionan u oscurecen el significado; cuando hay que hacer esta decisión diferencial, es conveniente realizar test formales de afasia; si los test son positivos, entonces las sustituciones semánticas pueden ser consideradas como debidas a parafasias semánticas, y si son negativas a incoherencia.

Ejemplo: "Resbalé en el abrigo, en el hielo quiero decir, y me rompí el libro".

0. No se da la parafasia semántica.
1. Leve. Un caso de parafasia semántica durante una entrevista, y test de afasia positivo.
2. Moderado. De dos a diez casos de parafasias semánticas durante la entrevista y test de afasia positivo.
3. Severo. De once a veinte casos de parafasias semánticas durante la entrevista y test de afasia positivo.
4. Extremo. Más de veinte casos de parafasias semánticas durante una entrevista, con frecuencia la entrevista es incomprendible, y test de afasia positivo.

VALORACION GLOBAL DEL TRASTORNO DE LENGUAJE, PENSAMIENTO Y COMUNICACION (excluyendo parafasias semánticas y fonémicas).

La valoración global de la severidad del conjunto de los trastornos PLC, -

puede hacerse de dos formas. Se puede evaluar literalmente de forma global, usando la escala de evaluación adjunta. Esta escala global debe reflejar el reconocimiento que algunos trastornos PLC son más patológicos que otros. La circunstancialidad, la afectación en el habla no sugieren una psicopatología tan grave como la incoherencia o el descarrilamiento.

Un método alternativo es usar el siguiente listado para usar las puntuaciones en cada una de las evaluaciones PLC. Usando este método la evaluación de cada variable PLC debe ser multiplicada por dos en el caso de las variables más patológicas, y por uno las de las menos patológicas; la suma de las puntuaciones resultantes dará una medida más cuantitativa de la severidad de los trastornos PLC.

MAS PATOLOGICO

Pobreza de habla  
 Pobreza de contenido de habla  
 Presión del habla  
 Distraibilidad  
 Descarrilamiento  
 Tangencialidad  
 Incoherencia  
 Falta de lógica  
 Rimas  
 Neologismos  
 Aproximaciones de palabras

MENOS PATOLOGICO

Circunstancialidad  
 Falta de meta  
 Perseveración  
 Bloqueo  
 Ecolalia  
 Afectación del habla  
 Autorreferencia

- 0 No hay trastornos PLC. Casos ocasionales de las formas menos patológicas, y no más de un caso de las más patológicas, (que se advierte en contexto que es clínicamente insignificante).
- 1 Leve trastorno PLC. Ejemplos ocasionales de trastornos PLC que se advierte en contexto que son leves, pero clínicamente significativos.
- 2 Moderado trastorno PLC. Significativo e incuestionable deterioro en la expresión verbal que conlleva un trastorno moderado en la comunicación, al menos de vez en cuando.
- 3 Trastorno PLC severo. Trastorno significativo, suficiente para dificultar la comunicación en una parte sustancial de la entrevista, muchos ejemplos de las formas más patológicas de PLC.
- 4 Trastorno PLC extremo. El trastorno PLC es tan severo que la comunicación es difícil o imposible durante la mayor parte del tiempo.

APENDIX 2

SAPS

## INTRODUCCION

Esta escala está diseñada para evaluar síntomas positivos, en especial aquéllos que se presentan en la esquizofrenia. Se pretende que sirva como instrumento complementario de la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS). Entre los síntomas positivos se incluyen las alucinaciones, los delirios, el comportamiento extravagante y el trastorno formal del pensamiento de tipo positivo.

Como en el caso de la SANS, el investigador que emplee este instrumento deberá seleccionar un "lapso de tiempo" (time set) adecuado. Se desarrolló este instrumento con la expectativa de que, en general, el lapso de tiempo cubra todo el mes anterior, como en el caso de la SANS o del Examen del Estado Actual (PSE). También se puede emplear esta escala en la investigación psicofarmacológica, a fin de efectuar puntajes semanales y hacer un seguimiento de la respuesta del paciente al tratamiento.

Los investigadores que empleen este instrumento, en especial en combinación con la SANS, deberán usar una entrevista clínica estándar para evaluar los síntomas del paciente. Debido a que el trastorno formal del pensamiento de tipo positivo es un síntoma positivo importante, se recomienda que, al realizar esta entrevista, el investigador empiece por hablar con el paciente sobre un asunto relativamente neutro por unos cinco a diez minutos, a fin de observar la forma de hablar y responder del paciente. A continuación, puede empezar a hacer preguntas específicas sobre los diversos síntomas positivos. En la guía de la entrevista se proporcionan algunas sugerencias en cuanto a estas preguntas.

Además de emplear una entrevista clínica, el investigador también deberá dirigirse a otras fuentes de información, como la observación directa, informes de los familiares del paciente, informes de enfermería e informes provenientes del propio paciente. En general se le puede considerar como un informador relativamente fiable en relación con alucinaciones y delirios si es capaz de comunicarse con claridad y es posible llevar a cabo la entrevista clínica. Por otro lado, con frecuencia el entrevistador tendrá que confiar en la observación y los reportes de fuentes externas para evaluar el comportamiento extravagante y el trastorno formal del pensamiento de tipo positivo.

El último ítem que describe cada tipo principal de síntomas positivos es un puntaje global. Este deberá ser un puntaje global verdadero y debe tener



en cuenta la naturaleza y la severidad de los diversos tipos de síntomas observados. En algunos casos, un solo síntoma (por ejemplo, delirios persecutorios extremadamente severos) pueden dar un puntaje global muy alto, aun cuando no estén presentes otros síntomas de este tipo.

## ESCALA PARA LA EVALUACION DE SINTOMAS POSITIVOS

### ALUCINACIONES

Las alucinaciones representan una percepción anormal. Son percepciones falsas que se producen en ausencia de algún estímulo externo identificable. Pueden presentarse en cualquiera de las áreas sensoriales (audición, tacto, gusto, olfato y visión). Las verdaderas alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones (que implican una mala percepción de un estímulo externo), de las experiencias hipnagógicas e hipnopómpicas (que se producen cuando el paciente se está quedando dormido o está despertando) o de los procesos normales del pensamiento que son excepcionalmente vívidos. Si las alucinaciones son de carácter religioso, deberá juzgarse dentro del contexto de lo que es normal para el medio social y cultural del paciente. No deberán cuantificarse las alucinaciones que se presentan bajo influencia inmediata del alcohol, drogas o enfermedad orgánica severa. Se le deberá pedir siempre al paciente que describa la alucinación con detalle.

#### 1. Alucinaciones Auditivas

El paciente ha referido voces, ruidos u otros sonidos. Las alucinaciones auditivas más comunes se refieren a voces que hablan al paciente o le llaman de diversas maneras. Las voces pueden ser masculinas o femeninas, familiares o desconocidas, y críticas o halagadoras. De manera típica, los pacientes que padecen de esquizofrenia experimentan voces desagradables y negativas. Las alucinaciones que se refieren a sonidos que no son voces, tales como ruidos o música, deben ser consideradas menos características y menos severas.

#### Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha escuchado voces u otros sonidos cuando no había nadie cerca de Vd.?

¿Qué decían?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente oye ruidos o palabras aisladas. Se presentan solo ocasionalmente.
- 3 - Moderado. Evidencia clara de voces; se han presentado por lo menos cada semana.
- 4 - Marcado. Evidencia clara de voces, que se presentan con frecuencia.
- 5 - Severo. Voces que se presentan casi a diario.

## 2. Voces que comentan

Las voces que comentan son un tipo particular de alucinaciones auditivas - que los fenomenólogos como Kurt Schneider consideran patognomónicas de la esquizofrenia, aunque hay cierta evidencia reciente en contra de esto. Estas alucinaciones se refieren a una voz que hace un comentario sobre el comportamiento o el pensamiento del paciente. Si ésta es la única alucinación que oye el paciente, deberá marcarse como alucinaciones auditivas. (Núm. 1). A menudo, sin embargo, las voces que comentan se producirán además de otros tipos de alucinaciones auditivas.

### Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha escuchado voces que comenten lo que Vd. está pensando o haciendo?

¿Qué dicen?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Se ha presentado una ó dos veces.
- 3 - Moderado. Se ha presentado por lo menos una vez por semana.
- 4 - Marcado. Se presenta con frecuencia.
- 5 - Severo. Ocurre casi a diario.

## 3. Voces que conversan

Al igual que las voces que comentan, las voces que conversan se consideran por Schneider como un síntoma de primer rango. Se refieren a oír dos ó más voces que hablan entre sí, discutiendo a menudo algo sobre el paciente. Como en el caso de las voces que comentan, deberán considerarse independientemente de otras alucinaciones auditivas.

Preguntas sugeridas:

¿Ha escuchado alguna vez dos ó más voces conversando entre ellas?

¿Qué decían?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Se ha presentado una o dos veces.
- 3 - Moderado. Se presenta por lo menos una vez por semana.
- 4 - Marcado. Ocurre con frecuencia.
- 5 - Severo. Ocurre casi a diario.

4. Alucinaciones cenestésicas

Estas alucinaciones se refieren a sensaciones corporales de tipo peculiar. Incluyen sensación de quemazón, hormigueos, y sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma o tamaño.

Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha notado quemazón u otras sensaciones raras en su cuerpo?

¿Qué tipo de sensaciones eran?

¿Alguna vez le ha parecido que su cuerpo cambiaba de forma o tamaño?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Ha ocurrido una o dos veces.
- 3 - Moderado. Ocurre por lo menos una vez por semana.
- 4 - Marcado. Ocurre con frecuencia.
- 5 - Severo. Ocurre casi a diario.

5. Alucinaciones olfatorias

El paciente percibe olores desacostumbrados que típicamente son desagradables. Alguna vez puede pensar que él mismo huele. Deberá ser incluida - aquí si el mismo sujeto puede sentir el olor, pero deberá marcarse como - delirio si él sólo piensa que otros pueden sentir el olor.

Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha percibido olores desacostumbrados u olores que los otros no notan?

¿Qué tipo de olores eran?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.

- 2 - Leve. Ha ocurrido por lo menos una vez.
- 3 - Moderado. Ocurre por lo menos una vez por semana.
- 4 - Marcado. Ocurre con frecuencia.
- 5 - Severo. Ocurre casi a diario.

#### 6. Alucinaciones visuales

El paciente ve formas o personas que en realidad no están presentes. Algunas veces son formas o colores, pero típicamente son figuras de personas ú objetos de formas humanas. También pueden tener características religiosas, como el diablo o Cristo. Como siempre, deberá considerarse a las alucinaciones visuales referentes a temas religiosos dentro del contexto cultural del paciente. Se deberán excluir las alucinaciones visuales hipnagógicas e hipnopómpicas, que son relativamente comunes, así como las alucinaciones visuales que se presentan cuando el paciente ha estado tomando - drogas alucinógenas.

#### Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que las otras personas no pueden ver?

¿Qué vió?

¿Esto le ocurre unicamente al dormirse o al despertarse?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Ha ocurrido una o dos veces.
- 3 - Moderado. Ocurre por lo menos una vez por semana.
- 4 - Marcado. Ocurre con frecuencia.
- 5 - Severo. Ocurre casi a diario.

#### 8. Puntaje Global de la severidad de las Alucinaciones

El puntaje global debe estar basado en la duración y en la severidad de - las alucinaciones, la magnitud de la preocupación del paciente por ellas, su grado de convicción y su efecto en sus actos. También debe tomarse en cuenta la magnitud en que las alucinaciones pueden considerarse extravagantes o inusuales. En este puntaje deberá incluirse las alucinaciones que no hayan sido mencionadas anteriormente, como aquéllas que comprometen el - sentido del gusto.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.

- 2 - Leve. Alucinaciones definitivamente presentes, pero que ocurren muy infrecuentemente. En ocasiones el paciente puede cuestionar su existencia.
- 3 - Moderado. Las alucinaciones son bastante vívidas y ocurren ocasionalmente. Molestan en cierta medida al paciente.
- 4 - Marcado. Las alucinaciones son muy vívidas, ocurren con frecuencia e interfieren en su vida.
- 5 - Severo. Las alucinaciones ocurren casi a diario y en ocasiones son desacomodadas o extravagantes. Son muy vívidas y extremadamente problemáticas.

### IDEAS DELIRANTES

Las ideas delirantes representan una anormalidad en el contenido del pensamiento. Son creencias falsas que no pueden ser explicadas sobre la base del fondo religioso o cultural del paciente. Aunque a veces se define a los delirios como "creencias falsas fijas", en sus formas más leves los delirios pueden persistir sólo por unas semanas o meses, de manera que el paciente después presenta dudas sobre ellas o cuestiona sus anteriores creencias. El comportamiento del paciente puede o no estar influenciado por sus ideas delirantes. Al cuantificar la severidad de las ideas delirantes por separado y la severidad global del pensamiento delirante se deberá tomar en cuenta sus persistencia, complejidad, la medida en que el paciente actúa ante ellas, la medida en que el paciente presenta dudas sobre ellas y la medida en que se desvían de lo considerado normal en el medio del paciente. Al dar cada puntaje positivo, se deberá hacer anotaciones al margen dando ejemplos específicos.

#### 1. Delirio de persecución

La gente que sufre de delirio de persecución cree que constantemente se está conspirando contra ellos o que son perseguidos de alguna manera. Las manifestaciones comunes incluyen la creencia de que son seguidos, que su correspondencia está abierta, que se hacen registros en la habitación o en la oficina, que el teléfono está intervenido o que la policía, funcionarios del gobierno, vecinos o compañeros de trabajo están acosando al paciente. En ocasiones los delirios persecutorios son relativamente aislados o fragmentarios, pero a veces el paciente tiene un complejo sistema de delirios que incluyen tanto una amplia variedad de formas de persecución como

la creencia de que existe una conspiración bien elaborada en contra de ellos. Por ejemplo, el paciente puede creer que registran su casa y que le siguen porque el gobierno piensa que es un agente secreto extranjero; esta idea delirante puede ser tan compleja que puede explicar casi todo lo que le sucede. La calificación de la severidad deberá basarse en la duración y en la complejidad.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido Vd. dificultades en relacionarse con otras personas?

¿Ha sentido Vd. que la gente está en contra suya?

¿Alguien ha tratado de causarle daño de alguna manera?

¿Cree Vd. que hay gente conspirando en contra suya?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Las creencias delirantes son simples y pueden ser de diferentes tipos. Ocasionalmente el paciente puede cuestionarlas.
- 3 - Moderado. Delirio claro y consistente que es firmemente sostenido por el paciente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y que es firmemente sostenido por el paciente y que le hace actuar.
- 5 - Severo. Delirio complejo y bien sistematizado que hace actuar al paciente y que le preocupa una buena cantidad de tiempo. Algunas características del delirio o de su reacción pueden parecer bastante extravagantes.

2. Delirio de celos

El paciente tiene la creencia de que su cónyuge o pareja tiene una relación amorosa con otra persona. Elabora "pruebas" a partir de datos dispersos. La persona afectada a menudo realiza grandes esfuerzos para probar la existencia de dicha relación, buscando cabellos entre la ropa de cama, el olor de una colonia, ó de humo de cigarrillo en la ropa, recibos o cheques que indiquen la adquisición de regalos para el supuesto amante. Con frecuencia se elaboran planes complejos para atrapar juntos a los amantes.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido Vd. alguna vez la preocupación de que su esposo(a) le pueda ser infiel?

¿Qué pruebas tiene?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Delirio claramente presente, pero el paciente puede, en ocasiones, cuestionarlo.
- 3 - Moderado. Delirio claramente consistente y que es sostenido firmemente por el paciente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y que es sostenido firmemente y que hace actuar al paciente.
- 5 - Severo. Delirio complejo y bien elaborado sobre el cual actúa el paciente y que le preocupa la mayor parte del tiempo. Algunos aspectos del delirio o su reacción pueden parecer bastante extravagantes.

### 3. Delirio de culpa o pecado

El paciente tiene la creencia de que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable. En ocasiones el paciente está inadecuadamente preocupado con cosas consideradas malas, que hizo cuando era pequeño, como masturbarse. Algunas veces el paciente se siente responsable por haber causado algún desastre, como un incendio o accidente, con el cual en realidad no tiene ninguna conexión. A veces el delirio tiene un matiz religioso, ya que implica que el pecado es imperdonable y que el paciente va a sufrir un castigo eterno por Dios. En ocasiones el paciente simplemente cree que merece ser castigado por la sociedad. El paciente puede pasar mucho tiempo confesando estos pecados a quien quiera que esté dispuesto a escucharle.

#### Pregunta sugerida:

¿Ha pensado Vd. alguna vez que ha hecho algo terrible por lo que merezca ser castigado?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Las creencias delirantes pueden ser simples y pueden ser de diferentes tipos. En ocasiones el paciente puede cuestionarlas.
- 3 - Moderado. Delirio claro y consistente que se sostiene firmemente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y que se sostiene firmemente, que hace actuar al paciente.

- 5 - Severo. Delirio complejo y bien elaborado que hace actuar al paciente y que le preocupa gran parte del tiempo. Algunos aspectos de su delirio o reacción pueden parecer bastante extravagantes.

#### 4. Delirio de grandeza

El paciente tiene la creencia de que tiene poderes o habilidades especiales. Puede pensar que en realidad es un personaje famoso, como un cantante de rock, Napoleón ó Cristo. Puede tener la creencia de que está escribiendo un libro fundamental o componiendo una gran pieza musical, o desarrollando algún invento maravilloso. A menudo el paciente tiene la sospecha de que alguien quiere robarle las ideas y puede irritarse si alguien pone en duda su capacidad.

#### Preguntas sugeridas:

¿Se considera Vd. una persona especial?

¿Tiene Vd. poderes o habilidades especiales?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Las creencias delirantes pueden ser simples y de diversos tipos. Ocasionalmente el paciente puede cuestionarlos.
- 3 - Moderado. Delirio claro y consistente que el paciente sostiene firmemente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y que sostiene con firmeza, que hace actuar al paciente.
- 5 - Severo. Delirio complejo y bien elaborado que hace actuar al paciente y que le mantiene mucho tiempo preocupado. Algunos rasgos de su delirio o reacción pueden parecer bastante extravagantes.

#### 5. Delirio religioso

El paciente está preocupado por creencias falsas de naturaleza religiosa. Estas creencias a veces se presentan en el contexto de un sistema religioso convencional, como creer en la segunda venida de Cristo, el Anticristo o en la posesión por el demonio. En otras ocasiones, pueden implicar un sistema religioso completamente nuevo o una mezcla de creencias extraídas de una variedad de religiones, en especial de religiones orientales, como ideas sobre la reencarnación o el nirvana. El delirio religioso puede combinarse con delirio de grandeza (si el paciente se conside-



ra un líder religioso), delirio de culpa, ó delirio de control. El delirio religioso debe estar fuera de lo que se considera normal para el con texto social y religioso del paciente.

Preguntas sugeridas:

¿Es Vd. una persona religioso?

¿Ha tenido Vd. experiencias religiosas especiales?

¿Cual fue la educación religiosa que recibió Vd. de niño?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Las creencias delirantes pueden ser simples y pueden ser de diferentes tipos. El paciente puede cuestionarlas ocasionalmente.
- 3 - Moderado. Delirio claro y consistente que el paciente sostiene firmemente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y que sostiene firmemente, que hace actuar al paciente.
- 5 - Severo. Delirio complejo y bien elaborado que hace actuar al paciente y que le tiene mucho tiempo preocupado. Algunos rasgos del delirio o su reacción pueden parecer bastante extravagantes.

6. Delirio somático

El paciente tiene la creencia de que de alguna manera su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado. Por ejemplo, puede pensar que su estómago o su cerebro se está pudriendo, que sus manos o su pene está creciendo o que sus rasgos faciales están alterados (dismorfofobia). En ocasiones el delirio somático está acompañado de alucinaciones táctiles o de otra clase y cuando sucede así deben marcarse ambos. (Por ejemplo, el paciente cree que tiene cojinetes dando vueltas alrededor de su cabeza, colocados allí por un dentista que le hizo unos empastes y cree escucharlos golpeando entre sí).

Preguntas sugeridas:

¿Le ocurre algo extraño a su cuerpo?

¿Ha notado Vd. algún cambio en su aspecto físico?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Las creencias delirantes pueden ser simples y de diferentes tipos. Puede cuestionarlas en ocasiones.
- 3 - Moderado. Delirio consistente y sostenido firmemente por el paciente.
- 4 - Marcado. Delirio consistente y sostenido firmemente que hace actuar al paciente.
- 5 - Severo. Delirio complejo y bien elaborado que hace actuar al paciente y que le tiene preocupado mucho tiempo. Algunos rasgos del delirio o su reacción pueden parecer muy extravagantes.

### 7. Ideas y delirio de referencia

El paciente tiene la creencia de que detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él. Por ejemplo, si el paciente entra a una habitación y ve gente que está riendo, sospecha que han estado hablando de él y que se ríen de él. En ocasiones piensa que cosas leídas en el periódico, escuchadas en la radio o vistas en la televisión están dirigidas a él como mensajes especiales. En el caso de ideas de referencia, el paciente manifiesta cierta suspicacia con respecto a las mismas, pero reconoce que está en un error. Cuando el paciente tiene la certeza de que lo que se dice o sucede se refiere a él, se habla de delirio de referencia.

#### Preguntas sugeridas:

¿A veces, al entrar en algún lugar, le ha parecido que la gente hablaba o se reía de Vd.?

¿Hay cosas en revistas, radio o televisión, que parezcan referirse a Vd. o tengan un mensaje especial para Vd.?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Ideas de referencia.
- 3 - Moderado. Delirio de referencia que ha ocurrido muy pocas veces.
- 4 - Marcado. Delirio de referencia que ocurre por lo menos una vez por semana.
- 5 - Severo. Delirio de referencia que ocurre con frecuencia.

### 8. Delirio de control

El paciente tiene la sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior. El requisito básico de este tipo de delirio es una sensación subjetiva intensa de estar bajo control. No están incluidas las creencias o ideas simples, tales como que el paciente actúa como enviado de Dios o que tiene amigos o parientes - que tratan de coaccionarlo para que haga algo. En cambio, el paciente debe manifestar que, por ejemplo, su cuerpo está poseído por una fuerza extraña que le hace moverse de manera peculiar, o que se están enviando mensajes a su cerebro a través de ondas de radio, que le hacen experimentar una sensación particular que él reconoce como ajena.

#### Pregunta sugerida:

¿Alguna vez se ha sentido controlado por una fuerza exterior?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente se ha sentido controlado, pero en ocasiones lo duda.
- 3 - Moderado. Clara sensación de estar bajo control externo, que ha ocurrido en dos o tres ocasiones.
- 4 - Marcado. Sensación clara de estar bajo control externo que ocurre con frecuencia. El comportamiento puede estar alterado.
- 5 - Severo. Sensación clara de estar bajo control externo, que se apodera de la vida del paciente y con frecuencia afecta su comportamiento.

### 9. Lectura del pensamiento (Irradiación)

El paciente cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos. A diferencia de la difusión del pensamiento (ver más adelante) en el delirio de irradiación no interviene la percepción. Esto es, el paciente experimenta subjetivamente que los demás conocen sus pensamientos, pero no piensa que éstos sean audibles (que se puedan percibir en voz alta).

#### Pregunta sugerida:

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente ha tenido la sensación de que le leen el pensamiento, pero ocasionalmente lo duda.
- 3 - Moderado. Sensación clara de que le leen el pensamiento que ha ocurrido en dos o tres ocasiones.

- 4 - Marcado. Sensación clara de que le leen el pensamiento, que - ocurre con frecuencia. Puede haber alteración de la conducta.
- 5 - Severo. Sensación clara de que le leen el pensamiento que ocurre con frecuencia, se apodera de su vida y le produce alteración de la conducta.

#### 10. Difusión del pensamiento

El paciente tiene la creencia de que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlo. En ocasiones el paciente siente sus pensamientos como si fueran una voz externa a él; esto es a la vez una alucinación auditiva y un delirio. En ocasiones el paciente cree que sus pensamientos son difundidos aunque en realidad no puede escucharlos. Algunas veces tiene la creencia de que sus pensamientos son captados por un micrófono y transmitidos por la radio o la televisión.

#### Preguntas sugeridas:

¿A veces ha escuchado su pensamiento como si viniera de fuera?

¿Alguna vez ha pensado que sus pensamientos eran difundidos de modo que otras personas podían escucharlos?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente ha experimentado la difusión del pensamiento, pero lo duda en ocasiones.
- 3 - Moderado. Sensación clara de difusión del pensamiento, que ha ocurrido en dos o tres ocasiones.
- 4 - Marcado. Sensación clara de difusión del pensamiento que ocurre con frecuencia. La conducta puede estar afectada.
- 5 - Severo. Sensación clara de difusión del pensamiento que ocurre con frecuencia, se apodera de la vida del paciente y con frecuencia afecta su conducta.

#### 11. Inserción del pensamiento

El paciente cree hay pensamientos que no son suyos y que han sido introducidos en su mente. Por ejemplo, el paciente puede creer que un vecino suyo hace prácticas de vudú y le introduce pensamientos sexuales que no son suyos, en la mente, en contra de su voluntad. Este síntoma no debe confundirse con la experimentación de pensamientos desagracables que el pacien-

te reconoce como propios, como delirio de persecución o de culpa.

Pregunta sugerida:

¿Ha sentido en alguna ocasión que alguien, o una fuerza extraña, le introducía pensamientos en la cabeza?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente ha experimentado inserción del pensamiento, pero ocasionalmente lo duda.
- 3 - Moderado. Experiencia clara de inserción del pensamiento, que ha ocurrido en dos o tres ocasiones.
- 4 - Marcado. Experiencia clara de inserción del pensamiento que ocurre con frecuencia. Puede estar alterada la conducta.
- 5 - Severo. Experiencia clara de inserción del pensamiento, que ocurre con frecuencia, impide la vida normal del paciente y altera con frecuencia su conducta.

12. Robo del pensamiento

El paciente cree que se le han quitado pensamientos de la mente. Puede ser capaz de describir la experiencia subjetiva de comenzar a tener un pensamiento y sentir de pronto que le es retirado por una fuerza extraña. Este síntoma no incluye el mero reconocimiento subjetivo de alergia.

Pregunta sugerida:

¿Ha sentido en alguna ocasión que una fuerza externa le robaba los pensamientos?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. El paciente ha experimentado robo del pensamiento, pero ocasionalmente lo pone en duda.
- 3 - Moderado. Experiencia clara de robo del pensamiento, que ha ocurrido en dos o tres ocasiones.
- 4 - Marcado. Experiencia clara de robo del pensamiento que ocurre con frecuencia. Puede estar alterada la conducta.
- 5 - Severo. Experiencia clara de robo del pensamiento que ocurre con frecuencia, ocupa la vida normal del paciente y altera con frecuencia su conducta.

### 13. Puntaje global de la severidad del delirio.

El puntaje global debe basarse en la duración y en la persistencia del delirio, en la magnitud de la preocupación del paciente por el delirio, su grado de convicción y su efecto en sus actos. Debe tenerse en cuenta también la magnitud en que puede considerarse al delirio extravagante o desacostumbrado. En este apartado deberán evaluarse los delirios que no hayan sido mencionados anteriormente.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Delirio claramente presente, pero en ocasiones el paciente duda su creencia.
- 3 - Moderado. El paciente puede estar convencido de su creencia, pero el delirio puede ocurrir con poca frecuencia e influir poco en su conducta.
- 4 - Marcado. El delirio es sostenido firmemente por el paciente. Ocurre con frecuencia y altera la conducta del paciente.
- 5 - Severo. El delirio es complejo, bien elaborado y ocupa la vida del paciente. Este lo sostiene firmemente y su conducta puede estar muy alterada. Puede ser de algún modo extravagante o desacostumbrado.

### COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE

El comportamiento del paciente es extravagante, desacostumbrado o fantástico. Por ejemplo, el paciente puede orinar en el azucarero, pintarse las dos mitades del cuerpo de diferentes colores o matar una piara de cerdos aplastándoles las cabezas contra la pared. En ocasiones la información sobre este ítem provendrá del paciente, en otras de otras fuentes y a veces de la observación directa. Deberá excluirse el comportamiento extravagante debido a los efectos inmediatos del alcohol u otras drogas. Al hacer la valoración, deberán considerarse, como siempre, las normas sociales y culturales, y se tratará de reproducir ejemplos concretos de dicho comportamiento extravagante, que deberá anotarse.

#### 1. Vestido y apariencia

Al paciente se le ve vestido de una manera inusual o hace otra clase de

cosas que le hacen parecer extravagante. Puede, por ejemplo, afeitarse to da la cabeza o pintarse el cuerpo de diferentes colores. Su ropa puede ser de lo más rara; por ejemplo, escoger cosas que son muy inapropiadas e inaceptables, como una gorra vuelta hacía atrás, un batín, pantalones cortos y zapatillas de deporte de diferentes colores. También puede vestirse como si fuera un personaje histórico ó un extraterrestre. También puede usar ropa totalmente inadecuada para la estación y el clima, como un abrigo de lana en pleno verano.

Pregunta sugerida:

¿Ha notado Vd. algo raro en su apariencia?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Rarezas ocasionales en el vestir y en la apariencia.
- 3 - Moderado. La apariencia o la ropa es claramente desacostumbrada y llamaría la atención (por ejemplo, la cabeza afeitada).
- 4 - Marcado. La apariencia o la ropa es marcadamente rara (por ejemplo, la vestimenta descrita más arriba).
- 5 - Severo. La apariencia o la ropa del paciente es muy fantástica o extravagante (por ejemplo, se viste como Napoleón).

2. Comportamiento social y sexual.

El paciente puede hacer cosas consideradas inapropiadas de acuerdo con las normas sociales. Puede, por ejemplo, masturbarse en público, orinar o defecar en receptáculos inapropiados o exhibir sus órganos sexuales de manera inadecuada. Puede caminar por la calle hablando solo o empezar a contar cosas personales a gente desconocida (por ejemplo, en el metro ó en algún lugar público). También puede caer de rodillas y empezar a rezar o gritar en medio de un grupo de personas, ó puede, de repente, sentarse en posición de yoga entre una multitud. Puede hacer proposiciones sexuales inapropiadas a extraños.

Pregunta sugerida:

¿Ha hecho alguna vez cosas que a otros les puedan parecer raras, ó que a Vd. mismo le hayan llamado la atención?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Comportamiento algo peculiar ocasionalmente.

- 3 - Moderado. Comportamiento raro frecuente (por ejemplo, caminar - por la calle hablando solo).
- 4 - Marcado. Comportamiento marcadamente raro (por ejemplo, masturbarse en público).
- 5 - Severo. Comportamiento extremadamente raro, que puede tener un carácter fantástico (por ejemplo, orinar en un azucarero).

### 3. Comportamiento agresivo y agitado

El paciente puede comportarse de una manera agresiva y agitada, con frecuencia con un carácter totalmente impredecible. Puede iniciar discusiones con familiares o amigos o puede hostigar a extraños por la calle, e incitarles a la pelea. Puede también escribir cartas de tipo querulante o de amenaza a funcionarios del gobierno po a otros con quienes tenga alguna - disputa. En ocasiones, puede llevar a cabo actos violentos como lastimar ó atormentar animales o tratar de herir o matar a otras personas.

#### Preguntas sugeridas:

¿Alguna vez ha intentado hacer daño a otras personas o animales?

¿Se ha enfadado con otras personas?

¿Qué hizo en esas ocasiones?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Comportamiento agitado o agresivo ocasional.
- 3 - Moderado. Comportamiento moderadamente agitado o agresivo (por ejemplo, escribir cartas agresivas a extraños).
- 4 - Marcado. Comportamiento marcadamente agitado o agresivo (por - ejemplo, amenazar a la gente, arengas públicas).
- 5 - Severo. Comportamiento extremadamente agitado o agresivo (por - ejemplo, mutilar animales).

### 4. Conducta repetitiva.

El paciente puede desarrollar una serie de actos o rituales repetitivos que debe llevar a cabo una y otra vez. Con frecuencia atribuirá a estos actos algún significado simbólico y tendrá la creencia de que está influyendo a otras personas, o que así evita el ser influido él mismo. Puede, por ejemplo comer caramelos de diferentes colores de postre, con la creencia de que el color de cada caramelo determinará una consecuencia diferente. Se sentirá -



obligado a comer los alimentos en un orden determinado, usar ropa particular, o vestirse siguiendo una cierta secuencia. Escribirá mensajes dirigidos a otras personas y a sí mismo una y otra vez, a veces éstos estarán escritos en un lenguaje oculto e inusual.

Preguntas sugeridas:

¿Hay alguna cosa que Vd. haga una y otra vez?

¿Escribe Vd. un diario?

¿Escribe mucho?

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Comportamiento repetitivo o estereotipia ocasionales.
- 3 - Moderado. Comportamiento repetitivo en grado moderado (por ejemplo, rituales en el comer y en el vestirse sin significado simbólico).
- 4 - Marcado. Comportamiento marcadamente repetitivo o estereotipado (por ejemplo, rituales en el comer o en el vestirse con contenido simbólico).
- 5 - Severo. Comportamiento extremadamente repetitivo o estereotipado (por ejemplo, escribir un diario en un lenguaje incomprensible).

5. Valoración global de la severidad del comportamiento extravagante

Al hacer esta evaluación, el entrevistador deberá considerar el tipo de comportamiento, la magnitud en que se desvía de las normas sociales, la medida en que el paciente se da cuenta de que su comportamiento es desviado y la medida en que éste es claramente extravagante.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Comportamiento desacostumbrado o aparentemente idiosincrático que se presenta ocasionalmente. A menudo el paciente tiene alguna conciencia de lo inusual de su comportamiento.
- 3 - Moderado. Comportamiento que se desvía claramente de las normas sociales y parece algo extravagante. El paciente puede tener alguna conciencia de lo inusual de su comportamiento.
- 4 - Marcado. Comportamiento que se desvía marcadamente de las normas sociales, y es claramente extravagante. El paciente puede tener alguna conciencia de lo inusual de su comportamiento.

- 5 - Severo. Comportamiento que es extremadamente extravagante ó fantástico. Puede comprender algún acto extremo (por ejemplo, intentar cometer un asesinato). A menudo el paciente no tiene conciencia de lo inusual de su comportamiento.

### TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO DE TIPO POSITIVO

Los trastornos formales del pensamiento de tipo positivo consisten en un discurso fluido, que tiende a comunicarse pobremente por diversas razones. El paciente tiende a saltar de un tema a otro sin advertirlo, a distraerse por acontecimientos que se producen en el medio que le rodea, a unir una palabra con otra porque se parecen semántica ó fonéticamente -aún cuando no tengan sentido juntas-, ó a ignorar la pregunta que se le ha hecho y contestar otra cosa. El habla puede ser muy rápida y con frecuencia es muy desarticulada. En ocasiones se le ha denominado "asociaciones laxas". A diferencia de la alogia (ó trastorno formal del pensamiento de tipo negativo) hay una gran riqueza de detalles y el flujo del habla tiende a mostrar un carácter enérgico más que apático.

A fin de evaluar el trastorno del pensamiento, se le debe permitir al paciente hablar largamente sobre algún tema, en particular sobre algo no relacionado con su psicopatología, por unos cinco a diez minutos. El entrevistador debe observar con atención la medida en que están bien conectadas las ideas entre sí. Además, el entrevistador debe insistir en que el paciente aclare o elabore aún más las ideas que parezcan vagas o incomprensibles. También debe prestar estrecha atención a la manera como el paciente contesta a diferentes tipos de preguntas, desde las más simples (¿Dónde nació Vd.?), a las más complicadas (¿Qué le parece a Vd. la actuación del gobierno actual?).

Para estar seguro de obtener un buen resultado de esta evaluación, la entrevista deberá extenderse a unos 45 minutos. La puntuación deberá ajustarse, si hay un acortamiento en el tiempo de la entrevista.

#### 1. Descarrilamiento. (Asociaciones laxas)

Patrón del habla en el que la idea se sale de su curso, pasando a otra, claramente relacionada con la primera, aunque de forma lateral u oblicua, ó a otra con la que no tiene ninguna relación.

Las cosas pueden decirse en yuxtaposición sin relación significativa alguna, o el paciente puede cambiar de un marco de referencia a otro de forma idiosincrásica. En ocasiones puede observarse una vaga conexión entre las

ideas y en otras esta conexión no será aparente. Se dice que este patrón de discurso es "desarticulado". La manifestación más común de este trastorno es tal vez un lento y constante deslizamiento, sin que ninguna de las ideas llegue a presentar un descarrilamiento severo, de modo que el paciente se va alejando cada vez más del tema en cuestión sin percatarse de que su respuesta tiene cada vez menor conexión con la pregunta que se le había hecho. Este trastorno se caracteriza con frecuencia por una falta de cohesión entre las frases y oraciones, y por el empleo de pronombres que no tengan una referencia clara.

Aunque en ocasiones los descarrilamientos menos severos (es decir, aquellos en que la relación entre las ideas yuxtapuestas es oblicua) han sido asociados con la tangencialidad o la fuga de ideas en el contexto de la manía, no recomendamos dichas distinciones, porque tienden a tener poca fiabilidad. La fuga de ideas es un descarrilamiento que se produce rápidamente en el marco de una presión del habla. Hemos definido aquí la tangencialidad como un fenómeno diferente, que se produce como una respuesta rápida a una pregunta.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Cómo empezó su enfermedad?". Paciente: "Bueno, yo estaba en Mallorca. Allí los almendros florecen en febrero, pero no era febrero, era julio. En julio hace mucho calor y... eso es bueno para el cuerpo ¿no? Por eso tomo mucho el sol, porque me da fuerzas... aunque ahora me encuentro tan débil".

Ejemplo: Entrevistador: "¿Como eran las relaciones con sus padres?"

Paciente: Ya lo sabes... tienen la culpa de todo, mi padre tenía un negocio, a él le preocupa el dinero. Yo he gastado mucho esta temporada, mucho más que en vacaciones".

- 0 - No
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Descarrilamiento que se presenta ocasionalmente, con cambios de un tema a otro, solamente ligeros.
- 3 - Moderado. Descarrilamiento que se produce varias veces. A veces es difícil seguir al paciente.
- 4 - Marcado. Descarrilamiento que se produce con frecuencia. A menudo es difícil seguir al paciente.
- 5 - Severo. Descarrilamiento tan frecuente y/o extremo que resulta casi incomprensible el discurso del paciente.

## 2 . Tangencialidad

Consiste en contestar a una pregunta de una manera oblicua, tangencial o irrelevante.

La respuesta puede estar relacionada a la pregunta de alguna manera distante. O sí no, la respuesta puede no tener relación alguna y parecer totalmente irrelevante. En el pasado se ha utilizado la tangencialidad como un equivalente de las asociaciones débiles o del descarrilamiento. Se ha redefinido parcialmente el concepto de tangencialidad de manera que se refiere solamente a respuestas a preguntas y no a transiciones en el habla espontánea.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Dónde nació Vd.?". Paciente: "Bueno, es un lío porque mis padres son de Cuenca. Mi padre es de Cuenca. Mi madre es de un pueblo al sur de la provincia".

Ejemplo: Entrevistador: "¿Cuántos años tiene?" Paciente: "Me parece absurdo, podría tener cualquier edad y eso no cambia nada... No recuerdo los años de mi infancia, no se si era yo... Ahora en mi ficha pone veinticuatro, pero no se, me cuesta creerlo".

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Tangencialidad, que se presenta ocasionalmente. Una o dos respuestas oblicuas.
- 3 - Moderado. Respuestas oblicuas ocasionales.
- 4 - Marcado. Respuestas oblicuas frecuentes.
- 5 - Severo. La tangencialidad es tan severa que es extremadamente difícil entrevistar al paciente.

### 3. Incoherencia (Esquizoafasia)

Es un patrón de discurso que en ocasiones es esencialmente incomprensible. La incoherencia se debe a varios mecanismos diferentes, que a veces pueden presentarse simultáneamente. En ocasiones pueden aparecer frases coherentes en medio de oraciones que en conjunto son incoherentes. En otras, el trastorno parece estar en un nivel semántico, de manera que se sustituyen las palabras en una frase u oración, con lo que el significado aparece distorsionado ó anulado; la elección de palabras parece haber sido totalmente hecha al azar o puede parecer tener alguna relación oblicua con el contexto. A veces se eliminan "las palabras de enlace" (conjunciones coordinadas y subordinadas tales como "y", "aunque"; artículos como "el", "un", ó preposiciones).

La incoherencia se acompaña con frecuencia de descarrilamiento. Difiere del descarrilamiento en que la incoherencia es un trastorno que se produce dentro de la frase u oración -es decir, que contiene palabras o partes que están unidas de manera incoherente-. En el descarrilamiento, en cambio, la alteración se halla en la conexión entre las oraciones, que aparece oscura o confusa. Esta última, atañe pues, a unidades más complejas.

Este tipo de trastorno del lenguaje es relativamente raro. Cuando se produce, tiende a ser severo o extremo, siendo las formas leves bastante infrecuentes. Puede parecer muy similar a la afasia de Wernicke o la jergonafasia, y en estos casos este trastorno solo se podrá llamar "Incoherencia", cuando la historia y las pruebas de laboratorio excluyan la posibilidad de accidente cerebrovascular, y el exámen formal para afasia sea negativo.

Exclusiones: No se valorará como incoherencia a las construcciones levemente no gramaticales que se producen cuando una persona está buscando la palabra, frase o idea apropiada.

Los giros idiomáticos característicos de medios regionales, ó grupos étnicos, la falta de escolarización o un nivel intelectual bajo, no deberán valorarse como "incoherencia".

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Incoherencia que se presente ocasionalmente.
- 3 - Moderado. Incoherencia frecuente.
- 4 - Marcado. Gran parte del discurso del paciente es incomprensible (ejemplo 1, a continuación).
- 5 - Severo. Casi todo el discurso del paciente es incomprensible (ejemplo 2, a continuación).

2. Incoherencia

- 1) Ejemplo: Entrevistador: "Por qué cree Ud. que la gente cree en Dios?" Paciente: "Hmm., porque hay que hacer algo la vida. No se trata de esas tonterías sobre la guía de la evolución ya no es cierto. Todo sucedió hace mucho tiempo. Sucedió en cones y cones y tonterías no le creerán. La época en que Cristo la gente cree en sus cosas la gente creía, Dios Jehová que ellos no creían mucho en Cristo".
- 2) Ejemplo: Entrevistador: "¿Que opina Ud. de la crisis energética?" Paciente: "Están destruyendo mucho ganado y aceite sólo para fabricar jabón. Si necesitamos jabón cuando uno puede saltar a una piscina y luego cuando uno va a comprar gasolina, mis amigos siempre pensaron que deberían buscar lo pop pero lo mejor que se puede conseguir es aceite de motor y, dinero. - Puedo, puedo también ir allá y negociar con, eh, tapas y neumáticos y tractores y garages para coches, de modo que puedan arreglar los coches, yo creía en eso. Así que no volví a ir a buscar más bebida cuando mis amigos lo dijeron. Sólo fui para buscar más barquillos para helados y algunas bebidas en latas o podemos ir a buscar cigarrillos. Puede ser lo más grande que hagas, buscar cigarrillos, porque luego puedes negociar todo lo que tienes y buscar algo nuevo, era sentimental, y eso era lo único que yo necesitaba, era algo sentimental, y no había ninguna otra cosa que fuese más sentimental que aquéllo, a excepción de unas zapatillas, éstas cuestan unas tres o cuatro mil pesetas, una buena cartera o un buen cecicero para poner en el escritorio".

#### 4. Ilogicalidad

Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica. Puede tomar la forma de non sequiturs (= no sigue ninguna secuencia), en que utilizando un mecanismo lógico, el paciente asocia dos proposiciones que dan un resultado ilógico. Puede tomar la forma de inferencias falsamente inductivas. También puede tomar la forma de conclusiones finales basadas en premisas falsas sin que exista ningún pensamiento delirante verdadero.

Exclusiones: La illogicalidad puede conducir a o ser el producto de ideas delirantes. Cuando se produce un pensamiento ilógico en el contexto de un sistema delirante, deberá incluirse dentro del concepto de ideas delirantes y no considerarse un fenómeno separado que represente un tipo diferente de trastorno del pensamiento. El pensamiento ilógico que claramente se deba a valores culturales o religiosos deficitarios también deberá ser excluido.

Ejemplo: Paciente: "Los padres son la gente que te crís. Cualquiera que haga exo puede ser tu padre ¿no? Cualquier cosa que te haya enseñado algo puede ser tu padre, da igual que sea material, vegetal, mineral o plástico. Una persona puede mirar una roca y aprender algo de ella. Por lo tanto, una roca puede ser tu madre.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Ilogicalidad que se presente ocasionalmente.
- 3 - Moderado. Ilogicalidad que se presenta con frecuencia.
- 4 - Marcado. Gran parte del discurso del paciente es ilógico.
- 5 - Severo. La mayor parte del discurso del paciente es ilógico.

## 5. Circunstancialidad

Un patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final. Cuando el paciente quiere explicar algo, da muchos detalles tediosos y en ocasiones hace acotaciones marginales. Las respuestas o ideas circunstanciales pueden durar muchos minutos mientras que el paciente no sea interrumpido y se le urja ser concreto. Con frecuencia será fácil que un entrevistador reconozca la circunstancialidad si necesita interrumpir al paciente para poder completar la historia en un lapso de tiempo determinado. (Popularmente a estos pacientes se les suele calificar de "palizas" o "rolleros").

**Exclusiones:** Aunque puede coexistir con algo de pobreza del contenido del pensamiento ó pérdida de finalidad, difiere del primero en que el discurso circunstancial contiene excesivos detalles amplificadores o ilustrativos. Asimismo, difiere de la pérdida de meta, en que eventualmente se llega a ésta si es que se le permite a la persona hablar el tiempo suficiente. Difiere del descarrilamiento en que los detalles presentados están estrechamente relacionados con el objeto del discurso, y que éste finalmente es alcanzado.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Circunstancialidad que se presenta ocasionalmente.
- 3 - Moderado. Circunstancialidad que se presenta con frecuencia.
- 4 - Marcado. Gran parte del discurso del paciente es circunstancial.
- 5 - Severo. La mayor parte del discurso del paciente es circunstancial.

## 6. Presión del Habla

Es un aumento en la cantidad de habla espontánea en comparación con lo que se considera normal o lo que es usual en el medio social del paciente. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirlo. Algunas frases pueden



quedar incompletas debido a la ansiedad por exponer una nueva idea. Algunas preguntas simples que podrían ser contestadas en unas pocas palabras o frases, lo son de una manera muy extensa, de modo que la respuesta dura minutos en lugar de segundos y, de hecho, si no se le interrumpe, el paciente seguirá hablando. En muchas ocasiones el paciente continuará hablando aunque sea interrumpido. El habla tiende a ser enfática y de alta intensidad. En ocasiones los pacientes con presión del habla severa hablarán sin estímulo social alguno, y aun cuando nadie los escuche. Si reciben fenotiazínicos o litio, el habla resultará enlentecida por la medicación, y sólo podrá ser evaluada en base a la cantidad, volumen y adecuación social. Si se aplica una medida cuantitativa a la cantidad del discurso, se considera que un discurso es rápido o que hay presión si es mayor de 150 palabras por minuto. Este trastorno puede estar acompañado de descarrilamiento, tangencialidad o incoherencia, pero se distingue de éstos.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Presión del habla leve. Ligero aumento en la cantidad, velocidad o volumen del habla.
- 3 - Moderado. Presión del habla moderada. Puede tomar con frecuencia varios minutos para contestar preguntas sencillas, puede hablar cuando no hay nadie que lo escuche y/o habla fuerte y rápido.
- 4 - Marcado. Presión del habla marcada. Con frecuencia el paciente tarda hasta tres minutos en contestar una pregunta sencilla, a veces habla sin ningún estímulo social y/o puede haber dificultad en interrumpir su discurso.
- 5 - Severo. Presión del habla extrema. El paciente habla casi sin parar, no puede ser interrumpido y/o puede gritar para acallar a los demás.

## 7. Distraibilidad

Durante el curso de una discusión o entrevista, el paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano, como un objeto sobre el escritorio, la ropa del entrevistador o su apariencia, etc.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Se distrae en una ocasión durante la entrevista.
- 3 - Moderado. Se distrae dos a cuatro veces durante la entrevista.
- 4 - Marcado. Se distrae cinco a diez veces durante la entrevista.
- 5 - Severo. Se distrae más de diez veces durante la entrevista.

### 8. Asociaciones fonéticas

Patrón del habla en que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, de modo que está alterada la inteligibilidad del habla y hay palabras redundantes. Además de las relaciones por rima, este patrón de habla puede también incluir asociaciones en doble sentido, de modo que una palabra de sonido similar inicia un nuevo pensamiento.

Ejemplo: Paciente: "Me gustan estos colores, aunque los olores me molestan. El azul lo llena todo. El azul lo llena todo, el blanco está vacío, aunque la nieve es blanca, nueve es mi número favorito..."

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Se produce una vez durante la entrevista.
- 3 - Moderado. Ocurre dos a cuatro veces durante una entrevista.
- 4 - Marcado. Ocurre cinco a diez veces durante una entrevista.
- 5 - Severo. Se presenta más de diez veces, o con tanta frecuencia que la entrevista es incomprensible.

### 9. Valoración Global del Trastorno del Pensamiento Formal de tipo positivo.

Al hacer esta valoración, el entrevistador deberá tomar en cuenta el tipo de alteración, la medida en que ésta afecta la capacidad de comunicación del paciente, la frecuencia en que se produce una alteración del habla y su grado de severidad.

- 0 - No.
- 1 - Dudoso.
- 2 - Leve. Trastorno presente ocasionalmente. El discurso del paciente es comprensible.
- 3 - Moderado. Trastorno que se presenta con frecuencia. En ocasiones es difícil entender al paciente.
- 4 - Marcado. Grado marcado del trastorno. Con frecuencia es difícil entender al paciente.
- 5 - Severo. Trastorno tan severo que resulta imposible entenderle.

APENDIX 3

SANS

## ESCALA PARA LA EVALUACION DE SINTOMAS NEGATIVOS (EVSNI)

### INTRODUCCION GENERAL

Esta escala fue desarrollada para facilitar la evaluación de cinco síntomas importantes frecuentemente observados en la esquizofrenia nuclear (esquizofrenia procesual, estado defectual esquizofrénico, esquizofrenia negativa). Estos síntomas incluyen la pobreza afectiva, la alogia (pobreza de lenguaje y de pensamiento), abulia, anhedonia y trastorno de la atención.

A pesar de que investigadores y clínicos han reconocido la importancia de estos síntomas desde hace años, la investigación reciente ha tendido a minimizar su utilidad debido a la opinión de que son demasiado poco fiables o demasiado subjetivos. En cambio, los estudios recientes han tendido a enfatizar la importancia de las ideas delirantes y de las alucinaciones. Muy recientemente, el interés por los síntomas negativos ha resurgido, ya que los investigadores han empezado a sospechar que pueden ser importantes predictores de la respuesta al tratamiento y del pronóstico a largo plazo y que también pueden estar relacionados con el aumento del tamaño ventricular manifestado por el scanner cerebral.

Esta escala de evaluación fue desarrollada partiendo de dos instrumentos previos diseñados para valorar el afecto y la conducta verbal: La escala de valoración del pensamiento, lenguaje y comunicación (Thought, Language and Communication) TLC (1-3) y la escala de valoración del afecto (Affect Rating Scale) (4-5). Ambos instrumentos han demostrado que proporcionan valoraciones fiables de la conducta verbal y del afecto. Pa-

ra la nueva escala se han añadido ítems de modo que sea posible la evaluación de la abulia, anhedonia y la atención. Hay actualmente diversos estudios que están evaluando la fiabilidad de estas medidas. Los investigadores que usen la EVSN tendrán que determinar el apropiado "período de tiempo" en función de la naturaleza de su investigación. El instrumento fue desarrollado con la expectativa de que en general, los investigadores escogerían un período de tiempo que cubriera el último mes, de una manera similar al Present State Exam. Algunas de estas medidas, tales como la abulia y la anhedonia pueden describir estados relativamente estables y duraderos que probablemente no cambien mucho a través del tiempo. Sin embargo, se hizo el intento de escribir estas medidas de manera que pudieran ser utilizadas para describir el mes, de manera que el instrumento pudiera ser aplicado a estudios de tratamiento y pronóstico y pudiera ser utilizado como una medida de cambio en el estado clínico. También se hizo un intento de escribir los ítems de manera que pudieran ser aplicados tanto a pacientes internados como a pacientes ambulatorios.

Cada una de estas cinco medidas (afecto, alogia, abulia, anhedonia y atención) ha sido definida de una manera sistemática. Después de una breve descripción cada uno de los síntomas mayores se subdivide en componentes conductuales observables que son puntuados en una escala de seis puntos. De ser posible la valoración de cada uno de estos componentes tendría que estar basada en múltiples fuentes de información, incluyendo la observación directa por parte del investigador y otras personas como enfermeras, informes por parte de la familia del paciente e informes del paciente mismo. La valoración de cada uno de los componentes

conductuales va seguida de un ítem que describe la valoración subjetiva del paciente del síntoma como un todo. La valoración de este ítem tendría que estar basada solamente en la propia opinión del paciente. En algunos casos, la valoración subjetiva puede no guardar ninguna relación con la gravedad global, por ejemplo, pacientes con pobreza afectiva grave deben tener una conciencia disminuida o nula del grado de su propio aplanamiento afectivo. Consecuentemente, este ítem puede dejarse de lado si se utiliza una puntuación resumen sumatoria.

El último ítem que describe cada síntoma es una valoración global. Debería ser una verdadera valoración global, basada en la naturaleza y la gravedad de los diversos componentes. En algunos casos, un único componente que está presente en un grado severo puede conducir a una valoración global muy alta, incluso si los otros componentes no son particularmente graves. Por ejemplo, una pobreza de lenguaje severa puede llevar a una valoración de cinco en alogia, puesto que el bloqueo tiende a ser relativamente poco frecuente y la pobreza de contenido por definición no puede ocurrir en presencia de una pobreza de lenguaje severa.

#### POBREZA AFECTIVA

El aplanamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión emocional de la reactividad y del sentimiento. El aplanamiento afectivo puede ser evaluado mediante la observación de la conducta del paciente y de su capacidad de respuesta durante una entrevista de rutina. La valoración de algunos ítems puede verse afectada por la medicación, puesto que los efectos secundarios parkinsonianos de las fenotiacinas pueden provocar facies tipo máscara y disminución de movimientos asociados. Sin embargo, otros aspectos de la afec-

tividad como la reactividad y la congruencia, no se afectarán.

1. Expresión facial inmutable.

La cara del paciente aparece como de madera, mecánica, helada. No cambia la expresión o la cambia menos de lo normal, en función de los cambios del contenido emocional del discurso. Dado que las fenotiacinas pueden imitar parcialmente este efecto, el entrevistador tendría que valorar cuidadosamente si el paciente está o no bajo los efectos de medicación; pero no debe intentar "corregir" su valoración en función de este dato.

0. En absoluto. El paciente es normal o lábil.

1. Disminución dudosa.

2. Ligera. Alguna disminución en la expresividad facial.

3. Moderada. La expresividad facial está significativamente disminuida.

4. Marcada. La expresividad facial está marcadamente disminuida.

5. Grave. La expresividad facial está básicamente inmutable.

2. Movimientos espontáneos disminuidos.

El paciente está sentado y permanece inmóvil a lo largo de la entrevista y muestra pocos o ningún movimiento espontáneo. No cambia de posición, no mueve las piernas, ni mueve las manos, etc. o lo hace menos que lo normalmente esperado.

0. En absoluto. El paciente se mueve normalmente o está hiperactivo.

1. Disminución dudosa.

2. Leve. Leve disminución de los movimientos espontáneos.

3. Moderada. Significativa disminución de los movimientos espontáneos,

4. Marcada. Los movimientos están marcadamente disminuidos.

5. Severa. El paciente permanece inmóvil a lo largo de la entrevista.

### 3. Escasez de ademanes expresivos.

El paciente no usa al cuerpo como ayuda para expresar sus ideas como por ejemplo: movimientos con las manos, inclinándose hacia adelante en la silla cuando defiende algún argumento, sentándose hacia atrás cuando se relaja, etc. Esto puede ocurrir sobreañadido a la disminución de los movimientos espontáneos.

0. En absoluto. El paciente utiliza gestos expresivos normalmente o excesivamente.
1. Disminución dudosa.
2. Leve. Alguna disminución de los gestos expresivos.
3. Moderada. Significativa disminución de los gestos expresivos.
4. Marcada. Marcada disminución de los gestos expresivos.
5. Severa. El paciente no utiliza en absoluto su cuerpo como ayuda para la expresión.

### 4. Escaso contacto visual.

El paciente rehuye mirar a los demás o utilizar sus ojos como ayuda en la expresión. Su mirada parece extraviada incluso cuando está hablando.

0. En absoluto. Contacto y expresión visuales buenos.
1. Disminución dudosa.
2. Leve. Alguna disminución de contacto y expresión visuales.
3. Moderada. Significativa disminución del contacto y expresividad visual.
4. Marcada. Muy infrecuente el contacto visual.
5. Severa. El paciente casi nunca mira al entrevistador.

### 5. Ausencia de respuesta afectiva.

Incapacidad para reír o sonreír cuando se le estimula. Esto se puede



comprobar sonriendo o bromeando de una manera que en condiciones normales provocaría una sonrisa en el individuo. El examinador también puede preguntar, "¿Es que ya no se acuerda de sonreír?" mientras él mismo sonríe.

0. No, en absoluto.

1. Dudosa disminución.

2. Leve. Ligera pero clara disminución de la respuesta.

3. Moderada. Moderada disminución de la respuesta.

4. Marcada. Marcada disminución de la respuesta.

5. Severa. El paciente es esencialmente arreactivo, incluso cuando se le estimula.

6. Incongruencia afectiva.

El afecto expresado es inapropiado e incongruente, no simplemente llano o aplanado. Típicamente esta manifestación del trastorno afectivo aparece como una sonrisa o expresión facial estúpida, mientras se habla de un tema serio o triste. (Ocasionalmente el paciente puede reír o sonreír mientras habla de un tema serio que encuentra embarazoso o molesto. A pesar de que su sonrisa pueda parecer inapropiada, es debida a la ansiedad y por tanto no deberla ser valorada como afecto incongruente). No debe valorarse el aplanamiento afectivo como inapropiado.

0. En absoluto. El afecto no es incongruente.

1. Dudoso.

2. Leve. Al menos un ejemplo de sonrisa incongruente u otro afecto inapropiado.

3. Moderado. Ocasionales ejemplos de afecto inapropiado.

4. Marcado. Frecuentes ejemplos de afecto incongruente.

5. Severo. El afecto es incongruente la mayoría del tiempo.

## 7. Ausencia de inflexiones vocales.

Cuando habla el paciente no utiliza las variaciones de énfasis vocal normales. El habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono o volumen. El paciente tampoco varía el volumen cuando cambia de tema, de manera que no baja la voz cuando habla de temas privados o íntimos, ni la eleva cuando discute cosas que son excitantes o para las cuales un habla más elevada puede ser apropiada.

0. En absoluto. Inflexiones vocales normales.
1. Disminución dudosa.
2. Leve. Disminución ligera de las inflexiones vocales.
3. Moderada. Clara disminución de las inflexiones vocales.
4. Marcada. Marcada disminución de las inflexiones vocales.
5. Severa. Casi toda el habla aparece en un tono monocorde.

## 8. Quejas subjetivas de vacío emocional o pérdida del sentimiento.

El paciente describe de sí mismo que ha perdido la capacidad para sentir. Puede que diga que se siente "vacío". Normalmente este sentimiento de vacío puede ser bien distinguido de la tristeza y disfonía que acompañan los trastornos depresivos.

0. En absoluto. El paciente refiere intensidad normal aumentada del afecto.
1. Dudosa.
2. Leve. Ligera pero clara disminución de los sentimientos subjetivos.
3. Moderada. Moderada disminución de los sentimientos.
4. Marcada. Significativa disminución de los sentimientos.
5. Severa. El paciente se describe a sí mismo como incapaz de sentir normalmente la mayor parte del tiempo.

#### 9. Valoración global del aplanamiento afectivo.

La valoración global debería abarcar la severidad general del aplanamiento afectivo. Debe ponerse un énfasis especial en ciertos síntomas nucleares como la falta de actividad, la incongruencia y un descenso generalizado de la intensidad emocional.

0. No aplanamiento. Actividad normal.
1. Dudoso aplanamiento afectivo.
2. Ligero aplanamiento afectivo.
3. Moderado aplanamiento afectivo.
4. Marcado aplanamiento afectivo.
5. Severo aplanamiento afectivo.

### A L O G I A

La alogia es el término general acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición que ocurre frecuentemente en pacientes esquizofrénicos (del griego, a=no, logos=pensamiento). Los pacientes con alogia tienen procesos de pensamiento que parecen vacíos, rígidos o lentos. Puesto que el pensamiento no puede ser observado directamente, este rasgo se infiere del lenguaje del paciente. Las dos manifestaciones principales de la alogia son el lenguaje vacío, no fluido (pobreza de lenguaje) y el lenguaje vacío fluido (pobreza del contenido del lenguaje). El bloqueo y la latencia incrementada de la respuesta pueden también reflejar alogia.

#### 10. Pobreza de lenguaje.

Es la restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, de manera que las respuestas a las preguntas tienden a ser breves, concretas y poco

elaboradas. Raramente se provee información adicional que no haya sido específicamente preguntada. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta, "¿Cuántos hijos tiene?". El paciente responde, "Dos. Una niña y un niño. La niña tiene trece y el niño diez". "Dos" es todo lo que se requiere para responder la pregunta y el resto de la respuesta es información adicional. La respuesta puede ser monosilábica, y algunas preguntas pueden quedarse sin respuesta. Cuando el entrevistador se encuentra delante de este patrón de lenguaje puede que tienda frecuentemente a estimular al paciente para animar la elaboración de las respuestas. Para verificar este hallazgo, el examinador debe dar al paciente un tiempo adecuado para elaborar y responder a la pregunta.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Cree usted que hay mucha corrupción en el Gobierno?" Paciente: "Sí, parece que sí". Entrevistador: "¿Estaba usted trabajando antes de llegar al hospital?". Paciente: "No". Entrevistador: "¿Que tipo de trabajos ha tenido usted en el pasado?". Paciente: "Estuve de portero, pintor". Entrevistador: "¿Que tipo de trabajo hace actualmente?". Paciente: "No tengo ninguno. No me gusta ningún tipo de trabajo. Es una tontería". Entrevistador: "¿Hasta donde llegó en la escuela?". Paciente: "Estoy todavía en el bachillerato". Entrevistador: "¿Cuántos años tiene?". Paciente: "Diez y ocho". ]

0. No hay pobreza de lenguaje. Un sustancial número de respuestas incluye información adicional.
1. Dudosa pobreza de lenguaje.
2. Ligera pobreza de lenguaje. Algunas respuestas no incluyen información elaborada aunque ello sea correcto.
3. Moderada pobreza de lenguaje. Algunas respuestas no incluyen información elaborada apropiadamente y muchas respuestas son monosilábicas o muy breves ("Sí", "No", "Quizá", "No sé", "La semana pasada").
4. Marcada pobreza de lenguaje. Las respuestas tienen raramente más de unas pocas palabras de longitud.
5. Severa pobreza de lenguaje. El paciente habla muy poco y ocasionalmente no responde a las preguntas.

## 11. Pobreza del contenido del lenguaje.

Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información. El lenguaje tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo, y estereotipado. El entrevistador puede reconocer este hallazgo observando que el paciente ha estado hablando un rato pero no ha dado la información adecuada para responder a la pregunta. Alternativamente, el paciente puede proveer suficiente información pero requerir muchas palabras para ello, de manera que una respuesta muy larga puede ser resumida en una frase o dos. A veces el entrevistador puede caracterizar el lenguaje como "filosofía barata".

Exclusiones: Este hallazgo difiere de la circunstancialidad en que el paciente circunstancial tiende a dar profusión de detalles.

Ejemplo: Entrevistador: "¿Porque piensa usted que la gente cree en Dios?". Paciente: "Bien, en primer lugar, porque es la persona que es su personal Salvador. Camina conmigo y habla conmigo. Y, uh, por la comprensión que yo tengo, muchas personas en realidad no saben su ser personal. Porque, no tienen, no saben, su yo personal. Ellos no, saben que, uh, me parece a mí, muchos de ellos no entienden que él anda y habla con ellos. Y, uh, les enseña el camino a seguir. También entiendo que cada hombre y cada mujer, no está dirigido a la misma dirección, unos están dirigidos de una manera diferente. Van por diferentes caminos. El camino que, uh, Jesucristo quiso que siguieran. Yo, yo mismo estoy encaminado en la senda de conocer lo verdadero y lo falso y hacerlo. No puedo hacer más, ni menos, que esto."

0. No hay pobreza de contenido de lenguaje-

1. Dudosa pobreza de contenido de lenguaje.

2. *Ligera pobreza del contenido del lenguaje. Algunas respuestas son demasiado vagas, lo que las hace poco comprensibles, o pueden ser marcadamente condensadas.*
3. *Moderada pobreza del contenido del lenguaje. Frecuentes respuestas vagas o marcadamente condensadas, que constituyen al menos una cuarta parte de la entrevista.*
4. *Marcada pobreza del contenido del lenguaje. Al menos medio discurso del paciente está compuesto por respuestas vagas o incomprensibles.*
5. *Severa pobreza de contenido del lenguaje. Prácticamente todo el discurso del paciente es vago, incomprensible o está marcadamente condensado.*

## 12. Bloqueo.

Es la interrupción del curso del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un período de silencio que puede durar desde unos segundos a minutos, la persona indica que no puede recordar lo que estaba diciendo o quería decir. Solamente se puede afirmar la presencia de bloqueo si la persona voluntariamente describe la pérdida del pensamiento o si, respondiendo a la pregunta del entrevistador, el sujeto indica que esta fue la razón de la pausa.

0. *No hay bloqueo.*
1. *Dudoso bloqueo.*
2. *Ligero bloqueo. Un solo ejemplo registrado durante un período de 15 minutos.*
3. *Moderado bloqueo. Dos veces durante quince minutos.*
4. *Bloqueo marcado. Tres veces durante quince minutos.*
5. *Bloqueo severo. Más de tres veces durante quince minutos.*

## 13. Latencia de respuesta incrementada.

El paciente tarda más tiempo de lo normal en responder las pregun-

tas. Puede que parezca "distante" y a veces puede que el examinador dude de si realmente ha oído la pregunta. Si se insiste normalmente se descubre que el paciente conoce la pregunta, pero que tiene dificultad en desarrollar sus pensamientos para construir una respuesta apropiada.

0. En absoluto. El paciente responde rápidamente.
1. Dudoso.
2. Ligero. Ocasionales pausas breves antes de responder.
3. Moderado. Significativo aumento de la latencia de respuesta.
4. Marcado. Marcado aumento de la latencia de respuesta.
5. Severo. Largas pausas antes de casi todas las respuestas.

#### 14. Valoración subjetiva de la alogia.

Cuando se le pregunta, el paciente refiere que tiene problemas en el pensar y en organizar sus ideas para hablar con los demás.

0. En absoluto. No hay quejas subjetivas de pensamiento vacío.
1. Dudoso.
2. Ligero. El paciente refiere un leve pero claro trastorno.
3. Moderado. El paciente nota un trastorno significativo.
4. Marcado. El paciente refiere un trastorno substancial.
5. Severo. El paciente refiere que la mayor parte del tiempo su mente parece vacía y que tiene dificultad en desarrollar sus ideas.

#### 15. Valoración global.

Dado que los rasgos básicos de la alogia son la pobreza del lenguaje y la pobreza del contenido del pensamiento, la valoración global debería poner especial énfasis en estos rasgos.

0. No hay alogia.
1. Dudosa alogia.

2. Ligera. Leve pero claro empobrecimiento del pensamiento.
3. Moderado. Significativa evidencia del pensamiento empobrecido.
4. Marcado. El pensamiento del paciente parece empobrecido gran parte del tiempo.
5. Severo. El pensamiento del paciente parece empobrecido la mayor parte del tiempo.

#### ABULIA-APATIA

La abulia se manifiesta como una característica falta de energía, de impulso y de interés. Los pacientes son incapaces de iniciar por sí mismos o bien de completar un gran número de diferentes tareas. A diferencia de la disminución de la energía o del interés de la depresión, el complejo sintomático abúlico de la esquizofrenia tiende a ser relativamente crónico y persistente y normalmente no está acompañado por una afectividad triste o deprimida. El complejo sintomático abúlico conduce frecuentemente a dificultades sociales y económicas severas.

#### 16. Aseamiento e higiene.

El paciente muestra menos atención al aseo y a la higiene de lo normal. La vestimenta puede aparecer extravagante, vieja o sucia. Puede que el paciente se duche infrecuentemente y no cuide su cabello, sus uñas, sus dientes, conduciendo a manifestaciones tales como pelo revuelto o grasoso, manos sucias, olor corporal, o dientes sucios y mal aliento. En términos globales la apariencia es descuidada y desaliñada. En casos extremos puede que el paciente incluso descuide el control de sus necesidades y vaya manchado.



0. No hay evidencia de falta de asco o de higiene.
1. Dudoso trastorno.
2. Ligero. Leves pero claros indicios de descuido de la apariencia.
3. Moderado. La apariencia está bastante descuidada.
4. Marcado. La apariencia está significativamente descuidada.
5. Severo. La apariencia está extremadamente descuidada.

17. Falta de persistencia en el trabajo o en la escuela.

El paciente ha tenido dificultad en buscar o mantener un empleo (o trabajo escolar) propios para su edad y sexo. Si es un estudiante, no realiza sus deberes y puede que incluso no vaya a clase. Las notas tenderán a reflejar estos rasgos. Si es un estudiante universitario, es típico que el paciente se matricule en diversas asignaturas pero que abandone alguna o todas ellas antes de que el curso finalice. Si está en edad laboral, el paciente puede que tenga dificultades en mantener un trabajo debido a su incapacidad para completar y acabar las tareas y a una aparente falta de responsabilidad. Puede que vaya al trabajo de una manera irregular, se vaya antes de la hora, fracase en cumplir tareas asignadas, o las realice de una manera desorganizada. Puede que, simplemente, el paciente permanezca en casa sin buscar ningún tipo de empleo o habiéndolo buscado solamente de una manera esporádica o poco metódica. Si es una ama de casa o un jubilado, el paciente fracasa en la realización de tareas tales como la limpieza o comprar, o las hace de una manera aparentemente descuidada o a medias.

0. No hay evidencia de falta de persistencia en el trabajo o en la escuela.
1. Dudoso.
2. Ligero. Leves indicios de falta de persistencia.

3. Moderado. Cluros indicios de falta de persistencia.
4. Marcado. Significativos indicios de falta de persistencia.
5. Severo. El paciente fracasó totalmente en mantener un trabajo o una actividad escolar.

#### 18. Anergia física.

El paciente tiende a estar físicamente inerte. Puede que esté sentado en una silla durante horas sin iniciar ninguna actividad espontánea. Si se le anima a empezar una actividad, participa solamente de una manera fugaz y luego se va a otra parte o se desinteresa volviendo a sentarse solo. Puede que pase largos ratos en algo relativamente simple y físicamente inactivo como mirar la televisión o jugar al solitario. Puede que la familia refiera que el paciente pasa la mayor parte de su tiempo en casa "no haciendo más que estar por ahí". Tanto en casa como en una sala hospitalaria el paciente dedica la mayor parte del tiempo a estar sentado.

0. No hay evidencia de anergia física.
1. Dudoso.
2. Ligera anergia.
3. Moderada anergia.
4. Marcada anergia.
5. Severa anergia.

#### 19. Quejas subjetivas de abulia y apatía.

Puede que el paciente sea consciente de que ha experimentado una disminución de sus impulsos y de su energía. Ello puede ser expresado en

términos afectivos ("nada me importa"), o cognitivamente ("no puedo concentrarme en las cosas"), pero estos aspectos deben ser valorados bajo los epígrafes de la afectividad o de la atención. Solamente deben ser valoradas aquí las quejas de falta subjetiva de impulso o de energía. A menudo el paciente no tendrá quejas a pesar de una extrema avolición.

0. No hay quejas.
1. Dudoso.
2. Leve pero claras quejas.
3. Moderadas quejas.
4. Marcadas quejas.
5. Severas quejas.

#### 20. Valoración global.

La valoración global debería reflejar la severidad general de los síntomas abúlicos siguiendo las normas esperadas en función de la edad del paciente y del status social de origen. Al hacer la valoración global puede darse un fuerte peso a solo uno o dos síntomas prominentes si éstos son particularmente importantes.

0. No hay abulia
1. Dudoso.
2. Leve pero presente.
3. Moderada abulia.
4. Marcada abulia.
5. Severa abulia.

## ANHEDONIA-INSOCIABILIDAD

Este complejo sintomático abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés o placer. Puede expresarse como una falta de interés o placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades placenteras, una incapacidad para experimentar placer al participar en actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos.

### 21. Intereses o actividades recreativos.

El paciente tiene pocos o carece de actividades, intereses o "hobbies". A pesar de que este síntoma puede empezar de una manera insidiosa o lenta, normalmente observaremos un decremento obvio de un nivel anterior de intereses y actividades. Los pacientes con una pérdida de intereses leve están involucrados en algunas actividades de tipo pasivo y poco exigentes, tales como mirar la televisión, o bien mostrarán solamente intereses ocasionales o esporádicos. Pacientes con pérdidas más extremas aparecerán como totalmente incapaces de involucrarse o disfrutar de distintas actividades. La valoración en esta área debería tener en cuenta tanto la cantidad como la cualidad de los intereses recreativos.

0. No existe incapacidad para disfrutar de actividades recreativas.
1. Dudoso.
2. Leve. Ligera incapacidad para disfrutar de actividades recreativas.
3. Moderada incapacidad para disfrutar de actividades recreativas.
4. Marcada incapacidad para disfrutar de actividades recreativas.
5. Severa incapacidad para disfrutar de actividades recreativas.

## 22. Actividad e interés sexual.

El paciente puede mostrar un decremento de la actividad e interés sexuales en función de lo que tendría que ser normal según la edad y estado del mismo. Los individuos que están casados pueden manifestar desinterés, o realizar el acto sexual solamente cuando su pareja lo requiere. En casos extremos, el paciente muestra una falta total de actividad sexual. Los pacientes solteros pueden pasar largos períodos de tiempo sin ningún tipo de contacto sexual y sin hacer apenas esfuerzo para satisfacer esta necesidad. Estén casados o solteros, estos pacientes refieren que subjetivamente sienten un mínimo de impulso sexual o que obtienen poco de la relación sexual o de la actividad masturbatoria, incluso cuando la realizan.

0. No hay incapacidad para disfrutar de las actividades sexuales.
1. Dudosa pérdida de la capacidad para disfrutar de la sexualidad
2. Leve pero clara pérdida de la capacidad para disfrutar de la sexualidad.
3. Moderada incapacidad para disfrutar de la sexualidad.
4. Marcada incapacidad para disfrutar de la sexualidad.
5. Severa incapacidad para disfrutar de la sexualidad.

## 23. Capacidad para sentir intimidad y proximidad.

El paciente puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar. En el caso de una persona joven, este apartado debería ser valorado en términos de las relaciones con el sexo opuesto o padres y hermanos. En el caso de una persona mayor que esté casada, la relación con la esposa y con los hijos debe ser evaluada, mientras que los casos de individuos

mayores solteros deberían ser juzgados en términos de las relaciones con el sexo opuesto y con cualquier miembro familiar que viva cerca. Los pacientes pueden mostrar pocos o ningún sentimiento de afecto hacia los miembros familiares próximos. O quizás hayan montado sus vidas de manera que están completamente aislados de cualquier relación íntima, viviendo solos y sin hacer ningún esfuerzo para iniciar contactos con familiares o miembros del sexo opuesto.

0. No hay incapacidad para sentir intimidad y proximidad.
1. Dudosa incapacidad.
2. Leve pero presente incapacidad para sentir intimidad y proximidad.
3. Moderada incapacidad para sentir intimidad y proximidad.
4. Marcada incapacidad para sentir intimidad y proximidad.
5. Severa incapacidad para sentir intimidad y proximidad.

#### 24. Relaciones con amigos y semejantes.

Los pacientes también pueden mostrar relaciones con amigos y semejantes de cualquier sexo relativamente restringidas, Puede que tengan pocos o ningún amigo y que hagan pocos o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones, optando por pasar la mayor parte del tiempo solos.

0. No hay incapacidad para hacer amistades.
1. Dudosa incapacidad para hacer amistades.
2. Leve pero presente incapacidad para hacer amistades.
3. Moderada incapacidad para hacer amistades.
4. Marcada incapacidad para hacer amistades.
5. Severa incapacidad para hacer amistades.

25. Conciencia subjetiva de la Anhedonia-Insociabilidad.

Puede que el paciente describa de sí mismo el haber perdido la capacidad para disfrutar. Esto puede expresarse en términos de incapacidad para disfrutar de las cosas o bien para experimentar placer o bien por la pérdida del interés en las relaciones con los demás.

0. No conciencia subjetiva de la anhedonia-insociabilidad.
1. Dudosa conciencia de anhedonia-insociabilidad.
2. Leve pero presente conciencia de anhedonia-insociabilidad.
3. Moderada conciencia de la anhedonia-insociabilidad.
4. Marcada conciencia de la anhedonia-insociabilidad.
5. Severa conciencia de la anhedonia-insociabilidad.

26. Valoración global de la Anhedonia-Insociabilidad.

La valoración global debería reflejar el grado general de severidad del complejo anhedonia-asociabilidad, teniendo en cuenta las normas apropiadas en función de la edad, sexo y estado general del paciente.

0. No hay evidencia de anhedonia-asociabilidad.
1. Dudosa evidencia de anhedonia-asociabilidad.
2. Leve pero evidencia presente de anhedonia-asociabilidad.
3. Moderada evidencia de anhedonia-asociabilidad.
4. Marcada evidencia de anhedonia-asociabilidad.
5. Severa evidencia de anhedonia-asociabilidad.

A T E N C I O N

La atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. Puede que

el paciente tenga problemas para concentrar su atención , o que solo sea capaz de concentrarla esporádicamente y erráticamente. Puede ser que ignore intentos de conversación con él, se distraiga en medio de una actividad o de una tarea o bien parezca inatento cuando está involucrado en un test o en una entrevista. Puede ser o no consciente de su dificultad en concentrar la atención.

#### 27. Distracción social.

El paciente aparece distraído en situaciones o actividades de tipo social. Se le va la mirada durante las conversaciones, no sigue el argumento en una discusión o bien aparece distraído y poco interesado en el tema. Puede que acabe abruptamente una discusión o una tarea sin razón aparente. Puede que aparezca "ido", o "en la luna". Aparece poco concentrado cuando está jugando, o mirando la televisión.

0. No hay indicios de distractibilidad.
1. Dudosos signos de distracción.
2. Leves pero presentes signos de distracción.
3. Moderados signos de distracción.
4. Marcados signos de distracción.
5. Severos signos de distracción.

#### 28. Falta de atención durante test de estado mental.

Puede que el paciente obtenga bajos rendimientos en tests de función intelectual simples a pesar de una educación y capacidad intelectual adecuadas. Este punto debería ser juzgado haciendo que el paciente deletree al revés la palabra MUNDO, con series de cinco sustracciones, series de siete o series de tres, según el nivel educativo. La puntuación perfecta es diez.



0. No hay errores.

1. Dudoso. (No hay errores pero el paciente realiza la prueba atascadamente o hace un error y lo corrige).

2. Leve pero claro (Un error)

3. Moderada. (Dos errores).

4. Marcada. (Tres errores).

5. Severa (Más de tres errores).

### 29. Quejas subjetivas de falta de atención.

El paciente nota que tiene dificultades en concentrarse o dirigir su atención a una tarea determinada. Se queja de que no puede mantener su pensamiento en una tarea o de que nada puede mantener su atención viva.

0. No hay quejas.

1. Dudoso.

2. Leves pero presentes quejas.

3. Moderadas quejas.

4. Marcadas quejas.

5. Severas quejas.

### 30. Valoración global.

La puntuación debería valorar la capacidad general del paciente para concentrarse o tener atención, incluyendo tanto la presentación clínica como el rendimiento en distintas tareas.

0. No hay indicios de trastorno de la atención.

1. Dudoso.

2. Leve pero claro trastorno de la atención.

3. Moderado trastorno de la atención.

4. Marcado trastorno de la atención

5. Severo trastorno de la atención.

## REFERENCIAS

1. Andreasen N.C. (1979). The Clinical assessment of thought, language, and communication disorders: I : The definition of terms and evaluation of their reliability. Archives of General Psychiatry. 36:1315-1321.
2. Andreasen N.C. (1979). The Clinical assessment of thought, language, and communication disorders: II: Diagnostic significance. Archives of General Psychiatry. 36:1325-1330.
3. Andreasen N.C. (1979) Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) +
4. Andreasen N.C. (1979) Affective flattening and the criteria for schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 36:944-946.
5. Andreasen N.C. (1979). Affect Rating Scale +

+ Available upon request from Dr. Andreasen.

## ESCALA DE VALORACION DE SINTOMAS NEGATIVOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Deben utilizarse para cada ítem que sea una conducta observable, múltiples fuentes de información, incluyendo la observación directa por parte del investigador, familiares y las opiniones del propio sujeto. Los ítems subjetivos (Nºs. 8, 14, 19, 25, 29) deben basarse únicamente en la opinión del sujeto. No tienen por que guardar relación con las variaciones conductuales o globales. Las valoraciones globales deben ser una valoración general y no un promedio de los distintos componentes conductuales. Por favor, use el manual para las instrucciones sobre puntuación.

### EMBOTAMIENTO AFECTIVO

1. Expresión facial (estática, fija, inmutable)	0	1	2	3	4	5
2. Movimientos espontáneos reducidos	0	1	2	3	4	5
3. Escasez de gestos expresivos	0	1	2	3	4	5
4. Contacto visual deficitario	0	1	2	3	4	5
5. Falta de respuesta	0	1	2	3	4	5
6. Afecto inapropiado	0	1	2	3	4	5
7. Ausencia de inflexiones vocales.	0	1	2	3	4	5
8. Quejas subjetivas de pérdida de sentimientos	0	1	2	3	4	5
9. Valoración global de embotamiento afectivo	0	1	2	3	4	5

### ALOGIA

10. Pobreza de lenguaje	0	1	2	3	4	5
11. Pobreza de contenido de lenguaje	0	1	2	3	4	5
12. Bloqueo	0	1	2	3	4	5

13. Latencia de respuesta incrementada	0	1	2	3	4	5
14. Valoración subjetiva de la alogia	0	1	2	3	4	5
15. Valoración global de la alogia	0	1	2	3	4	5

APATIA-ABULTA

16. Aseamiento e higiene	0	1	2	3	4	5
17. Falta de persistencia en el trabajo o escuela.	0	1	2	3	4	5
18. Anergia física	0	1	2	3	4	5
19. Quejas subjetivas de abulia y apatia	0	1	2	3	4	5
20. Valoración global de la Abulia-Apatia	0	1	2	3	4	5

ANHEDONIA-INSOCIABILIDAD

21. Intereses y actividades recreativos	0	1	2	3	4	5
22. Interés y actividad sexual	0	1	2	3	4	5
23. Capacidad de sentir intimidad y proximidad	0	1	2	3	4	5
24. Relaciones con amigos y hermanos	0	1	2	3	4	5
25. Conciencia subjetiva de la Anhedonia-Insociabilidad	0	1	2	3	4	5
26. Valoración global de la Anhedonia-Insociabilidad	0	1	2	3	4	5

ATENCIÓN

27. Falta de atención social	0	1	2	3	4	5
28. Falta de atención durante el examen de estado mental	0	1	2	3	4	5
29. Quejas subjetivas de falta o dificultad de atención	0	1	2	3	4	5
30. Valoración global de la atención	0	1	2	3	4	5

---

APENDIX 4

QUATRE EXEMPLES D'ANALISI LINGUISTICA  
TRANSCRIPCIONS DEL DISCURS ESQUIZOFRENIC

I

(37)

\$ - 58  
P - 12  
Repet - 27

- ... Com et sents, les coses que t'han passat, els teus projectes, tot; qualsevol tema, eh, doncs ens interessa, eh?, que ens ho vagis explicant, eh?

- Si, si. D'acord. Estic una mica cansat, bastant cansat i els peus, ting rampa, no sé perquè ting una rampa de \$ forta, i no em puc cansar massa perquè llavors el cor em dóna. \$ em dóna, \$ com si em fotés un \$ en?, em dóna mal \$, mala vibració del cos, i \$ Aquí

estic tranquil, però no estic acostumat a viure a Barcelona, m'agradaria més viure a la montanya com \$ amb els meus pares, i a la finca que tenim pues estaria bé, perquè aquí a Barcelona

no puc jo, \$ em tenen de posar dintre d'un cotxe amb xofer i portar-me d'un puesto a l'altre perquè sino els peus no, no contro la l'accelerador, el controla massa i em fotaria amb el cotxe

una hostia de collons, no puc portar cotxe, amb xofer sí, amb un taxista o algo pues podria anar però jo sol no, o sigui tindria d'anar el cotxe sol, i no és plan no?, escolti, perquè jo,

ja em dirà vostè, a mi que em portin amb cotxe o amb lo que vulguin als puestos. \$ Hablo en castellano o en catalán?

- Com vulguis.
- Voy a hablar en castellano mejor.
- Què t'és més fàcil a tu?
- El català.
- Sí?
- Sí. Amb els amics parlo en català.
- I a casa teva?
- No, amb els pares no. Una mica amb el meu pare que és Valencià,

Perservera (P)

Oposició (P)

Cambi de codi (P)

parlem una mica però molt poc. Amb la meua mare no em surt. <sup>\$</sup> Em treuré les ulleres.

- Així és valencià el teu pare?

- Es molt?

- Es valencià.

- Bueno sí. Es de la província de Castelló i, <sup>Ⓟ Aprox.</sup> lundant amb Teruel, lundant es diu?. O sigui a prop de Teruel, <sup>\$</sup> i amb el meu avi ja van haver-hi problemes en aquest poble, va tindre de marxar; va fer una font allà, la primera font, i el poble ho han esfonsat, ho han esfonsat i ara de moment, ha quedat una mica, <sup>Repetit Ⓟ</sup> una mica esfonsat però amb un equip de pesca submarina es pot tornar <sup>\$</sup> amb un equip de pesca submarina es pot, es pot arreglar. <sup>\$</sup> Aquí és <sup>\$</sup> (bufa) <sup>Repetit Ⓟ</sup> <sup>Repetit Ⓟ</sup>

- Què és això que has fet?

- Això és el poble a on està. Està en un vall. Es diu "Campos de Arenoso". Bueno es diu això. <sup>\$</sup> No t'interessa això, no? Bueno parlem d'un altre tema.

- Sí. No, no, el tema ens interessa, vull dir, el...

- Es que no han quedat cap pedra. Només un <sup>\$</sup> la quedat de pedra per a <sup>\$</sup> L'Ajuntament ho va fotre tot en l'aire, entén? Allavorens jo, <sup>Repetit Ⓟ</sup> no, no sé, no? Només surt el campanari de la Iglésia. <sup>\$</sup> L'interessa això o no? Podem parlar d'una altra casa perquè això són coses que no són meves i no m'agrada parlar dels demés perquè el meu pare ens donaria amb el "gayato" allavores. <sup>\$</sup> El meu pare és molt bona gent, massa bó, i per això està també tancat ja des de la guerra que el van tancar, però ara pot d'anar en cotxe, li deixen anar. Jo soc el xofer del meu pare. Tenim un Ford americà. <sup>\$</sup> Em

fot una mica de mal, deuen ser les ulleres, el cos,<sup>i</sup> em sembla que, no sé, beure una mica d'aigua, es pot beure? o és què, \$ sí? surto a beure una mica d'aigua

- Pots sortir a veure una mica d'aigua i tornes deseguida.

- Sí, lo que passa és que amb això,...

- Continuem?

- Sí...

- Si

- Si

- Dignes, dignes

- Pués estava allà amb el pare, estava a Canet a la platja, i resulta que ja haviem <sup>hagu</sup> bronca tras bronca cada cop que anava a casa i <sup>\$</sup> per casualitat em vaig trobar una gent que estava treballant amb un escenari i lis vaig ajudar a desmontar per porta'l a un altre puesto i em vaig fotre una trompada de collons, no?, aquí al <sup>\$</sup> ón ting, <sup>\$</sup> encara porto la marca si la vols veure. Aquí al cap, també, aquí vaig caure i vaig quedar aixi'ns penjat, entén?, menos mal que estava un guardia civil i em van <sup>\$</sup> i el que havia d'alt em va donar la má i vaig poder pujar perque sino, escoltim, quedo allà penjat, eh, és massa això. <sup>\$</sup> I, bueno. Duia unes Pepis, unes sabates.

- Com?

- Unes Pepis, és una marca americana que ara està de venta en 52 països.

- Sí

- I jo duia unes Pepis. Bueno però això no té cap importància lo de les Pepis no?

*per veracitat* (P)



- Com vulguis.

*associació*

- Es que sortia amb una noia que es deia Pepa, però té alguna relació? (P)

- Pot ser no.

- La pot, la pot tindre. *Repet. (P)* \$ Hi vaig tindre uns somnis però no somnis, *oposició (P)* \$  
uns viatges que pobra, la ting al llibre. \$ Parlo del llibre?

Millor que no.

- Pots parlar del que vulguis.

- Es que ting un llibre de fotografies i m'ho he deixat allà i allavons el ting d'anar a buscar, perquè aquest llibre és molt personal, era del meu avi <sup>i</sup> escolti, jo sempre estava amb ell, amb el meu avi, \$ i no vull que es quedi el llibre, el llibre, el meu no, el de l'altre per mi que s'ho emporti, *Repetició (P)* \$ que s'ho emporti perquè, és molta responsabilitat no?, tindre un llibre com aquell, que t'he parlat abans. \$ *Repet. (P)* \$ o, o a quí s'ho podria donar aquest llibre?, a ningú? o era de La Caixa encara? *perfevera (P)*

- Expliquem una mica això del llibre.

- Aquest llibre va ser ja fa uns anys, jo tindria, no ho sé aquesta edat, més o menys 18 o 19, una mica més / allavorens... el llibre és un manuscrit fet per els pintors surrealistes, \$ i han tingut una inspiració de la Bíblia / són gent que ha llegit la Bíblia en verso. \$ Bueno jo vaig començar a llegir abans, però quan vaig començar a llegir en serio va ser quan tenia 17 anys. Em portava un, \$ era padrino meu, era un Serr, \$ un tal Serrano que era molt amic del Jean Cocteau i del meu pare aquest senyor, es colti, tots els que estaven a la casa tenien de tot, ell es posava al, *Repet. (P)* \$ al seu estudi, està mort ja aquest home, per això es pot

parlar d'ell ja, no?, està mort. tenia un estudi que tot eren  
cascos, escolta cascos de tots els puestos, no sé, tants de cas-  
cos <sup>Repetició (P)</sup> que era un cotxondeig allò, a Passeig de Gràcia, i aquest  
senyor pues, cada cuadro que feia, pues el venia per cent mil  
pesetes <sup>\$</sup> i allà a l'estudi, es fotia allà a l'estudi amb una am-  
polla de wisqui no (?) <sup>\$</sup> bueno no ho sé d'on t és, <sup>\$</sup> El Relámpago  
sobre agua, <sup>\$</sup> Un relámpago sobre agua com el, com el Ray, com es  
diu el Ray? <sup>Repetició (P)</sup>

- Qui?

- El Ray. No has vist la pel·lícula Relámpago sobre aire?

- No <sup>(P)</sup>

- Pues és molt interessant, és del Ray que li van fotre a la

<sup>(P)</sup> caixa de <sup>\$</sup> a la caça de bruixes, era el més, enrollat potser, no  
home el, <sup>\$</sup> xe, <sup>\$</sup> el Ben, <sup>\$</sup> el Burrough o Winders i així de coses, <sup>\$</sup> així'ns  
el Jean Cocteau, el Baudelaire, Apollinaire, Rimbaud/ Willians,  
no, <sup>\$</sup> Paul Verlaine, <sup>Repetició (P)</sup> Paul Verlaine em vaig quedar penjat al Freno  
pàtic, <sup>\$</sup> li vaig enviar una carta al meu pare, però no, <sup>Repetició (P)</sup> no li va  
arribar, feta amb espuma d'afeitar. M'agradava molt el Paul Ver  
laine a mi, massa m'agradava <sup>\$</sup> i m'agradava molt el Antonin <sup>\$</sup> Ar  
taud que li van fotre 62 electroxocs <sup>Repetició (P)</sup> per anar a Mèxic, no tindria  
d'ha~~ver~~ anat a Mèxic, es va quedar allà / Antonin <sup>\$</sup> Artaud, <sup>\$</sup> el  
Mono. Es diu el Mono.

- El Mono?

- El Mono és el llibre que tin<sup>c</sup>. He lle<sup>g</sup>it quasi tots d'ell. Té  
varius llibres, un dedicat al van Gogh, a ón explica la història  
de l'orella. Un llibre que és mexicà, o sigui, no és difícil, és

Opaxia' (P)  
difícil de trobar aquí a Barcelona. M'agradava molt el I-Ching  
i el Tarot, el Badabadghita, els Upanishads, els egipcis, egipç,  
però no, a Egipte no he estat mai, no, està molt lluny, he estat  
amb, para vull llegir el Corán i espero que el meu amic el Omar  
m'ho a, m'ho ajudi a llegir-ho. El veig molt interessant, la  
Bíblia ja arribarà amb el seu moment però és que ara és massa  
fort la Bíblia per mí. El Nostradamus, Repetit. (P) el Nostradamus, i és molt  
complicat i em foten mal aquí al cervell em fot, perquè és massa  
aquest tio, quedaré calvo al final. Però bueno és igual / Ting  
29 anys, 28 anys, faré 29 el 19 de Juliol / i m'he perdut 10  
anys de mi vida per culpa dels electroxocs, 10 anys fotent-me ca-  
vall i coca i bitxos i perico i coca i, i àcids lisérgicos com  
aquell, que es va fotre sense volguer que va fer un viatge que  
bueno, hostia.

- Quí això?

- El que va inventar, Repetit. (P) inventar el àcid lisérgico, va ser una  
equivocació i els hippies els van, jo era hippie, bueno primer  
vaig, Repetit. (P) vaig ser anarquista, el Bob Dylan, llavors d'anarquista,  
vaig ser marxista amb el Manifiesto, amb el Manifiesto del Marx,  
no el Manifiesto del Ver del, del Rimbau, no d'aquest, com es  
diu el surrealista, Toulouse Lautrec, no, aquest era impressio  
nista, com es diu hostia el surrealista, es diu, com?

- Breton

- Breton, ara ho has dit, el Breton. He llegit el Manuscrit  
però també he llegit el de Cohn Bendit, Cohn Bendit al 68, era  
amic meu el Cohn Bendit, este, bueno amic, el coneixia només de  
vista però erem amics, el Cohn Bendit, tenia 17 anys, com el

→ 10'

## II

\$-62

P. 34

R-41

- Molt bé Francesc. Eh, pots explicar una mica això doncs, com és que has vingut aquí a l'hospital, i com et trobes tu ara, eh, que és el segon dia que estàs aquí?

← 2 \$ <sup>Ⓟ</sup> Ara, pare, mare. / Diguem una altra paraula.

- Ja. Veig que t'agrada a tu el joc de paraules.

← 2 \$ <sup>Ⓟ</sup> M'agrada el grau en pau.

- Com les fas tu aquestes associacions?

← 2 \$ <sup>Ⓟ</sup> Fas, pas, més.

- Què vol dir això?

← 2 \$ <sup>Ⓟ</sup> Dir, dit, Déu.

- Dir, dit, Déu.

- sí/ Saps què vol dir això?

- Què vol dir?

- Vol dir que el dit de Déu m'ha assenyalat a mí que soc com el, digues  
sim com el, diguessim el secretari de Déu/ perquè m'entenguis.

- Ja <sup>Ⓟ</sup> Uphams <sup>Ⓟ</sup>

- I m'ha assenyalat a mí perquè soc el que puc dir, perquè puc explicar la història de Déu.

- Sí. / Com ho has notat tu que ets l'escollit de Déu?

- Com ho he notat?

- Sí

- Perquè m'ho ha dit el meu gos.

- Amb el teu gos t'hi comuniqués de quina manera?

← 2 \$ <sup>Ⓟ</sup> Jo diria que d'una manera telepàtica. <sup>Ⓟ</sup> Pàtica, pòtica. O sigui amb

la pota. / Es una tonteria, no, però podria pensar que: quan em dona

la pota m'està donant alguna cosa. O sigui, quan em dóna la pota em  
diu, em diu lo que em vol dir.

*reputat* (P)

- Ara, una cosa és comunicar-se per telepatia, i l'altra cosa és comu-  
nicar-se doncs amb la pota.

- Sí, però per a mi no és molt diferent/ *perquè* tinc tres ulls

- Expliquem això.

- Aviam, lo dels tres ulls és una mica difícil d'explicar. Resulta que  
sempre ens han dit que l'home té dos ulls, però jo penso que l'home  
en té tres, i ademés ho defenso, no?, i dic que l'home té tres ulls  
perque l'home en el moment en que neix en té només dos i té un tercer  
que no està desarrotllat, però aquest tercer se't desarrotlla / és el  
millor dels dos ulls, lo que passa és que hi ha qui té el tercer no-  
més i hi ha qui té els altres dos i aquests dos tipus de persones  
no s'entenen *\$ Del tembleu.* perque volen coses oposades, o sigui, el que té dos  
ulls li agrada anar al Liceu i el que té un ull només li agrada anar  
als Sex-Shops. *\$ Del tembleu* Això que acabo de dir és lo més modern que s'ha dit  
mai.

- Per què?

(P) *asbucats*

- Perque modern vol dir molt ferm. I ja no cal que digui res més.

Em sembla que està explicat, i això, això que acabo de dir serà la  
teoria científica més moderna i més important en els últims segles

perque de cop ens donarem compte de que la gent s'enten parlant i

no d'una altra manera, *\$ Del tembleu.* i la gent començarà a parlar i si jo parlo amb  
tu t'estic dient una meua idea i si tu en tens li pots dir amb un

altre. Si tu li dius amb un altre li dius amb un altre i al final

*reputat* (P)

tots sabrem la idea i tots estarem contents. Oi que m'has entès?

- Sí.

- Doncs es tracta d'això.

- Veig que li dones molta importància al llenguatge tu?

- Sí, per mi és bàsic, bàsic és lo primer, és principal, és lo primer <sup>ració</sup> (P)

que es va inventar. <sup>\$ Del camí.</sup> O sigui, l'home i la dona estaven a la terra, amb els dos gossos. <sup>\$</sup> Te'n recordes d'això?, <sup>\$</sup> estaven parlant/ que no vol dir que parlessin tot amb paraules, sino que parlaven amb telepàtia/ perquè tenien el cervell molt desenvolupat, <sup>\$</sup> perquè eren els primers homes, perquè són els que s'han inventat tot el que ha vingut després, vol dir una mica aixòs, tot el que era.

\$ inventat

- Sí, abans em comentaves que et sembla que el català és una mica com primer idioma, primera llengua.

- Sí. Sí. Perquè jo crec que aquests, aquests dos homes, o sigui el, el <sup>ració</sup> (P) home i la dona el gos i la gossa estaven a Catalunya, <sup>\$</sup> o sigui jo diria <sup>ració</sup> (P) que el món va néixer a Catalunya, va començar a fer-se a Catalunya.

Deje



I encara m'atreviria a dir més, m'atreviria a dir que el món va néixer, no ho sé segur, no?, però, m'ho estic inventant, que el món <sup>ració</sup> (P) va néixer entre Sarrià, la Sagrada Família i el Port de Barcelona.

Que a lo millor eren tres pedres que estaven col·locades una a cada lloc i lo millor dels homes estava en el mig amb els gossos. Què et sembla?

- Podria ser.

- Probable, no?, probable, <sup>ració</sup> (P) que es pot provar / Per què no ho proves?...

← 2

- Es clar. Hi ha coses que te'n dones tu compte ara, és dir: tot això

se m'acava d'ocorrer, o tu notes com si els teus pensaments, el teu cervell, diguessim, funcionés molt ràpid, més ràpid que de costum?

- Jo diria que funciona al seu ritme, o sigui jo he tingut la sort de que el ritme que porto és el ritme que haig de portar, <sup>\$ De la mita.</sup> o sigui quan

faig una cosa la faig quan toca perquè tinc els tres ulls oberts / <sup>particular' (P)</sup>

I això vol dir, això vol dir / per ón anava, no me'n recordo, què et deia? <sup>rept. (P)</sup> blaguy

- Parlaves del ritme dels teus pensaments.

- Això, doncs, jo h'è superat les barreres de la física perquè faig cada cosa quan l'haig de fer, o sigui ara no estaria en enlloc millor

que en aquí, encara que estigui amb un manicomi, <sup>\$ Astor' o ar' (P)</sup> manicomi, maricomi,

maricons, bueno, això forma part del còdig. <sup>\$ De la mita.</sup> / I per exemple, sé que sortiré d'aquí aviat perquè ho tinc molt clar ... I ja està, és tot el que tinc. <sup>Jacob</sup>

- Ara que parles dels codis, pots explicar això dels codis com, com funciona?

- Bueno, per segons qui <sup>\$</sup> el còdigo és el punto por el que se dobla el bràcigo; sí, és un xiste dolent però fa molta gràcia. Però també per <sup>(P)</sup>

segons qui el còdigo és algo que t'ajuda a entendre't amb la gent.

I jo defenso que aquest còdig només n'hi ha un que és el gran còdig, i que tots els altres són les derivacions del primer. ...

- Ara m'has parlat, per això, de tres còdigs.

- Tres còdigs / T'hi parlat de tres còdigs, sí / Hi hauria el còdig dels rusos que seria el oposat al còdig dels americans, i hi hauria el còdig dels animals que és el millor còdig que hi ha, perquè sense <sup>parla sentença</sup>

4

3

particular' (P)

derivació' (P)

4 parla sentença →

i això no ho han sapigut fer els homes encara, perquè un duffi es pot entendre amb un gos, en canvi jo no em puc entendre amb un duffi i aquí està la diferència / Jo soc una mica Sant Francesc d'Asís, no sé si te'n dones compte, que soc el escollit per comunicar els homes/ amb els animals, lo que passa que soc una versió moderna de Sant Francesc, no pot ser un Sant Francesc vestit amb 4 drapots ni, o sigui que haig d'anar vestit amb uns pantalons perquè a la meua època es porten pantalons. Però ~~sagons t'he dit~~ <sup>jo soc un escollit</sup> perquè jo comunico / lo que passarà, això és lo bo, que jo sé lo que passarà perquè soc un tio de la meua època / època, poca, coca / t'he tornat a dir paraules del codi.

I com que soc un tio de la meua època perquè soc modern, per exemple, perquè vaig més o menys a la última, encara que porti una camisa que me la vaig comprar a Londres, uns pantalons que me'ls vaig comprar al costat de casa i unes sabates que m'han costat 300 peles, jo soc el més modern de Barcelona. I saps perquè ho soc?

- Per què?

- Perquè sé quina és la síntesi de l'home, i això està molt bé.

- Quina és la síntesi de l'home?

- La síntesi de l'home seria que l'home / lo que li ha passat sempre a l'home és / que s'equivocava amb el temps, amb el temps, o sigui el ritme i amb l'espai, o sigui el lloc. I això vol dir que l'home /

no feia les coses com les havia de fer ni al ritme que les havia de fer. Perquè resulta que, per exemple, hi havia un xino que menjava arròs i el arròs estava bé però no n'hi havia prou amb que mengés arròs sino que ademés havia de dormir en una casa de pedra i ell

reputació (P)



dormia en una casa de paper i amb això s'equivocava/ I el xino, el xino, bé doncs <sup>\$ Del camileu.</sup> <sup>ref. (P)</sup> vé del català també, perquè per exemple quan et diuen t'enganyen com un xino vol dir que t'estan enganyant, t'estan fent algo malament, i això que t'estàn fent malament en el fons no és res, no?, perquè tu estàs igual de bé. M'has entès?/ No gaire.

- No gaire. Pots això explicar-ho?

- No gaire, Si, bueno jo vull dir és que el xino / xino, cotxino, xinorri; <sup>(P) associació</sup>  
xino, cotxino, petit, <sup>(P) associació</sup> <sup>\$ Del camileu</sup> o sigui els xinos són petits per segons qui,

però són grans per segons qui. Per un pigmeo un xino és gran, en canvi per un americà un xino és petit. <sup>\$ Del camileu.</sup> O sigui que tot és relatiu, tor-

<sup>per ke veia (P)</sup>  
nem a Einstein/ Te'n dones compte de que lo meu va més lluny que Einstein, vull dir que jo lo de la relativitat ja ho he superat, encara que no sé de que va la fórmula, <sup>\$ Del camileu.</sup> i per això soc el científic més important de la humanitat perquè soc el que'ls hi diré a la humanitat que s'estava equivocant fins ara i que en el fons tots som iguals, o que tots som el mateix.

- Abans has dit una cosa també que m'ha <sup>amb dat</sup> ~~l'atenció~~ l'atenció. Has dit allò de manicomi i has fet una associació, te'n recordes?

<sup>(P) associació ?</sup>  
- Manicomi, maricons, con Maria.

- Pots explicar això com va?

- Bueno <sup>(P)</sup> maricomi, o sigui manicomi seria el lloc ón van els bojos.

<sup>(P)</sup> Maricomi seria / maricomi seria ón van els maricons, un bar de maricons, per exemple. Jo diria que hi ha bastants tipos que han estat aquí, o sigui en el manicomi i que a part van al maricomi que és el <sup>(P)</sup> lloc ón van els maricons, igual que diria que la majoria de la gent <sup>\$ Del camileu.</sup>

*Manicomi  
Maricomi  
Maricons*

que s'ha tornat boja, abans de tornar-se boja ha tingut un intent de suïcida i implicat amb això i ha hagut una ingi, una ingir, una ingirència, no una ingirència, ingi, ingisió, com es diu?

Ⓟ *Peraketa*

Ⓟ *Peraketa* Ⓟ *Peraketa*

*Peraketa* Ⓟ

- Ingerència.

*Peraketa* Ⓟ

- Una ingerència d'alcohol.

- Ingesta, una ingesta d'alcohol.

- Ingesta? Una ingesta d'alcohol, porque l'alcohol fa pensar, fa pensar

~~*Peraketa*~~ Ⓟ

d'una altra manera que si no beus alcohol, i llavors vol dir que si penses amb alcohol penses millor que si penses sense alcohol, o sigui

*Interacció*  
Ⓟ  
Ⓟ

que penses d'una altra manera / Creus que tinc aquest do, el do d'en-

*Desamita*

*Peraketa* Ⓟ

tendrem amb la gent, vull dir el do que tinc de puguem entendre amb

tu que ets el metge i amb l'altre que és el pacient, que en el fons

són els dos iguals per mi, i per tu ho seran aviat porque m'entens.

- Tu creus que tothom t'enten?

- Que tothom m'enten? JO crec que tothom em pot entendre, si fa un es-

forç, o sigui per exemple si tradueixo, si tradueixo lo que he escrit

*Peraketa* Ⓟ

en molts idiomes. A lo millor m'hauran d'ajudar una sèrie de traduc-

tors no?, porque lo que dic és molt interessant, jo crec que m'ajuda

ran, a la llarga m'ajudaran, i llavors faré un diccionari. Un dicciu,

*Desamita*

*Peraketa* Ⓟ *Asociació* Ⓟ

un diccio, dicció sembla indicció, o sigui que també és contradictori

perque quan parles més del compte et posen una indicció, però a lo

millor lo que tindrien de fer és donar-te una altra cosa, I llavors

*Desamita*

jo escriure aquest diccionari i en faré còpies, moltes còpies. I

arrivarà un moment en que tothom tindrà un diccionari, i quan tothom

tingui un diccionari tothom podrà parlar amb tothom, i quan parli

*Interacció*  
Ⓟ

*πυθαγόρας* (P)  
 tothom amb tothom, tothom s'entendrà. Això és lo bo que tinc. I jo  
 mentrestant m'estaré al meu lloc, el lloc que em toca, que a lo mi-  
 llor és el carrer Angli, a lo millor és un altre lloc, però bueno,  
*πυθαγόρας* (P)  
 \$ *De la camileta.*  
 una mica jo sé lo que passarà, i això és lo bo que tinc. *πυθαγόρας* (P)

- La teoria és una mica com la torre de Babel però al revés potser.
- Com era la torre de Babel?
- Recordes la història de ...
- No
- Ve a dir que els homes justament doncs, com que parlaven llengües di-  
ferents no es van posar d'acord.
- No s'entenen mai. Si, lo meu és lo contrari. Perque jo soc una mica  
el contrari de tots els homes, diguessim que no / diguessim que no /  
no convenço, o sigui, no, *πυθαγόρας* (P) com ho diria? / diguessim que jo / no con-  
venço a la gent sino que la gent em convenço a mi / no, no vull dir  
això. \$ Què volia dir jo? No me'n recordo de què parlava.

*blazquez* \$

- Et passa sovint això de perdre el fil dels teus pensaments?
- Si, però quan perdo el fil es porque no parlo amb ningú, o sigui  
només el perdo quanestic jo sol, que tampoc el perdo porque el meu  
fil és molt bó, és com el "cordón de plata" pel Lobsang Rampa. \$ *De la camileta.*  
Saps  
una mica de que va el Lobsang Rampa?

- Si.
- Doncs per a mi el meu fil és una mica això, un fil que em conecta amb  
el meu gos, no?, que el meu gos està a casa, o a lo millor està aquí  
amb el cotxe dels meus pares, *πυθαγόρας* (P) (hi) *De la camileta.*  
perque a lo millor han vingut els meus  
pares amb el meu gos, que això no ho sé jo, però ho suposo, i si no

el veig ara el veurà més tard, perquè ell m'està dient que estem junts  
i amb això en tinc prou. <sup>\$ De la mateixa.</sup> I quan em quedo tallat és perquè, perquè com  
que estic, <sup>\$</sup> perquè ell no parla, i si no parla ell no puc parlar jo, <sup>repetit (P)</sup>  
perquè ja se sap que parlar és una cosa que es fa entre dos. Doncs  
això.

- Però a tu a vegades t'agrada parlar sense que l'altre et digui res  
també.

- Aleshores m'agrada... sí, perquè jo hi disfruto parlant. Però crec que  
els altres també hi disfrutarien si tinguessin amb qui han de parlar.

- De fet tinc entès que el dia abans d'ingressar vas estar tota la nit  
parlant gairebé, amb la teva germana, els teus amics.

- Bueno jo diria que he estat parlant durant tres dies, tres. <sup>\$ De la mateixa.</sup> O sigui,  
<sup>si t'hi fixes amb</sup> ~~significa~~ lo que t'explicat abans, el número tres es repeteix molt,

pot ser una casualitat i pot no ser-ho / Doncs vaig estar tres dies  
parlant amb els meus amics sense parar, les meves germanes, amb la  
meva família, bueno amb tothom, <sup>amb</sup> tothom que vaig poder vaig parlar.

sense parar. <sup>\$ De la mateixa.</sup> I parlant amb tota aquesta gent me'n vaig donar compte  
de, <sup>\$</sup> de això no?, i no sé perquè, perquè igual <sup>\$</sup> per exemple, jo

vaig pensar que, quan, quan, venia cap aquí, cap el manicomi <sup>he</sup> gués  
tingut de tindre un accident, <sup>repetit (P)</sup> no sé perquè ho vaig pensar-ho, em va  
passar pel cap, me'n vaig donar compte que cada cop que estavem a punt

de tindre l'accident, perquè anavem tots bastant nerviosos, cada cop  
que estava a punt de tindre l'accident, l'accident no ocorria, no

passava. <sup>\$</sup> Passar, passar, passar a un altre món, canviar el món, ho  
entens? Estàs aprenent el meu codi / I això és lo bo. ¿Vols fer-me

les meves (3) (P)

← 4

alguna pergunta més?

- No. Vols que ho deixem aquí?

- Si. Ja.

\$ - 159 → 99  
P - 21  
Repet - 128 → 99

III

32

J0: Explica un poco como estás actualmente.

F: Bueno/ pues yo ahora... me encuentro muy bien/ soy un hombre que... en pocas palabras / pues... puedo decir que... / comienzo a vivir la vida/ entonces/ pues... por <sup>Repet. (P)</sup> decir algo ¿no?/ yo salgo por ejemplo/ me asomo a la ventana de mi habitación/ y entonces pues... me doy cuenta/ de que Barcelona/ está pues \$ / está dividida/ pues en cuatro puntos/ el punto Norte/ el punto Sur/ el punto Este etcétera/ el punto Oeste \$ la base fundamental/ pues es... el punto Norte/ en la cual pues... / nos encontramos a la parte de la montaña/ y... en fin/ más para arriba de la montaña/ pues/ hay cosas muy bonitas// la parte Sur/ pues. es la parte al mar/ y es una cosa muy pero que muy <sup>\$</sup> maravillosa/ no voy a despreciar ni mucho menos la parte Norte/ y... entonces pues la parte... <sup>Repet. (P)</sup> la parte <sup>Repet. (P)</sup> /del mar/ es muy <sup>\$</sup> muy bonita/ porque yo recuerdo que... estando en el apartamento/ contemplando la mar/ pues a veces/ me he quedado <sup>Repet. (P)</sup> me he quedado/ <sup>boquiabierto \$</sup> boquiabierto y... / si <sup>\$</sup> / si <sup>Repet. (P)</sup> / me he quedado <sup>Repet. (P)</sup> boquiabierto/ porque a veces/ he cantado alguna que otra canción/ trozos de canciones/ en fin/ este tema lo discutiremos más tarde/ ya que/ <sup>yo tenía mis motivos</sup> para <sup>Repet. (P)</sup> para poder estar contemplando/ la mar/ etcétera y cantar mis canciones/ <sup>\$</sup> entonces/ como iba diciendo/ pues / <sup>Repet. (P)</sup> contemplando la mar/ yo/ comenzaba a vivir/ <sup>Repet. (P)</sup> Bueno/ pasamos a la parte Este/ entonces/ la parte <sup>Repet. (P)</sup> Este/ es la parte de. \$ / o sea/ lo que divide pues/ Barcelona/ y la población/ o sea/ la provincia/ y la parte Oeste/ es la parte pues... donde está pues... la Zona Franca/ Prat del Llobregat/ etcétera etcétera/ y luego pues... en la parte <sup>Repet. (P)</sup> Oeste/ se encuentra/ pues... Montjuic <sup>Repet. (P)</sup> / que es una cosa muy <sup>\$</sup> muy maravillosa/ porque... la persona que... / no lo digo por nada/ porque no hay que ser psicólogo/ ni psiquiatra/ ni nada absolutamente nada/ <sup>Repet. (P)</sup> para <sup>Repet. (P)</sup> para darse cuenta de ... de esas maravillas/ una de ellas pues es la fuente luminosa de Montjuic <sup>\$</sup> / es preciosa/ pero otra/ es/ el cementerio ... de Montjuich/ no recuerdo bien si es ... Sud-Oeste o ... otro nombre/ <sup>\$</sup> pero/ lo que sí recuerdo bien/ es que... allí está <sup>\$</sup> enterrado... el personaje que a mí me ha puesto bien/ gracias a... su hijo Juan Obiols... Llandrich// bueno pues... como... vamos. \$ bueno/ ¿voy a seguir /no?/ vamos a ver// <sup>ch</sup> voy a... voy a resumir... en breves palabras \$

bueno/ voy a ser sincero/ voy a prolongarlo... cinco minutos/ si ustedes por favor/  
me me me dan tiempo/ es muy importante esto para para para para mí/ por supuesto pa-  
ra mí/ y... para todos/ en general para... los doctores/ y por supuesto para mis pa-  
dres/ Vamos a ver/ yo... tenía 16 años/ perdón que tenía... tenía/ vamos a ver/  
tenía 14 años cuando dejé de estudiar/ ¿por qué dejé de estudiar? / pues muy sencilo/  
porque no me gustaba estudiar/ pues entonces que pasó/ pues pasó lo siguiente/  
que mis padres... me dijeron que a trabajar/ y bien que hicieron/ porque yo... yo  
tenía voluntad... para estudiar/ pero... ~~no~~ no se la quería dar a... conocer a mis  
padres/ bueno total/ <sup>\$ Desc.</sup> comencé a trabajar/ tenía 15 años/ en la... internacional (...)/  
de..\$/ o sea/ delectreando/ entre paréntesis/ IRI/una gran empresa <sup>\$</sup> una gran empresa  
Norteamericana/ su\$/ o sea/ el dueño de esta empresa/ que ya no existe/ por los  
motivos que fuese / se fue a pique ¿no?/ se llamaba Señor Quintero/ entonces pues...  
yo cobraba tres mil pesetillas <sup>al mes</sup> no a la semana al mes/ estoy hablando ya de hace mu-  
chos años/ bueno de hace siete u ocho años más o menos/ o nueve ocho y medio/ enton-  
ces/ esas tres mil pesetillas le iban muy bien a mis padres/ porque... hacía falta  
dinero en casa y yo era consciente de que tenía que trabajar/ y.. <sup>\$</sup> no no me <sup>ca</sup>straban  
a mí los estudios/ no sé por la causa que fuera/ y si no dije nada a mis padres fue  
porque fui un imbécil/ y lo digo claro/ porque yo no tenía que haber desconfiado de  
mis padres jamás en la vida porque... <sup>\$</sup> en fin/ no quiero... <sup>\$</sup> en fin/ mis padres <sup>\$</sup>  
com mis padres no hay nada/ <sup>\$</sup> entonces resulta que... ese fue mi primer puesto de tra-  
bajo/ mi segundo puesto de trabajo/ fue/ ARAN/ Asociación para la educación y rehabi-  
litación de los niños sordos/ de/ por supuesto ARAN/ mi misión consistía en / ir re-  
copilando/papeles// subíamos <sup>pr</sup> los pisos yo y mis compañeros/ y tenemos que recopilar  
una cantidad x de papeles/ que llegaban a las rodillas/ en aquel entonces era más  
bajito/ bueno/entonces/ <sup>Teníamos</sup> ~~tenemos~~ una una una una una una una comisión/ no sé era muy/ bue-  
no en aquel entonces yo. <sup>\$</sup> quiero decir la verdad/ y no voy a dar favoritismos ni  
a la empresa ni... ni <sup>alabaciones</sup> por mí mismo ni mucho menos/ quiero decir que/ ARAN/  
en pocas palabras/ <sup>en pocas palabras</sup> y vayamos a/ lo fuerte/ ARAN/ y no lo digo  
porque <sup>vayamos a la fuerte</sup> ARAN fue/ una gran/ entidad de. <sup>\$</sup> o... lo que sea de. <sup>\$</sup> /  
perdón de... de niños deficientes mentales y que Dios me perdone/ yo hice todo lo  
<sup>Repet. (P)</sup>

que pude/ porque todavía tenía fuerza y sangre/ como mi padre// y es/ o sea y tuve  
que dejarlo ... pues porque... tuve la tuve la tuve una ilusión / tuve y una ilusión/  
porque claro / porque.../ nos juntábamos un grupo de de amigos/ cerca de donde yo...  
estoy viviendo/ en la calle Garcilaso/ por allí ¿no?/ por la parte de la montaña ¿no?/  
por la parte de arriba/ y entonces resulta que... conocí a unos amigos/ que... En fin/  
total/ formamos un grupo/ y... hacíamos salidas por las motos y etcétera etcétera  
etcétera/ yo/ particularmente/ y no lo digo/ por pelotear a nadie y mucho menos/ era-  
mos un conjunto de/ doce/ más o menos/ una docena/ y de esa docena/ sólo/ seis/ má-  
ximo se comportaron/ como hombres/ como verdaderos/ perdón / hombres humanos/ en el  
sentido de la palabra/ de que se aprovechaban/ de mi... inferioridad/ o mejor dicho/  
inocente/ bueno/ pasemos ya... a lo último y termino/ si por favor/ ustedes me dan...  
el tiempo justo/ no creo que termine porque.../bueno vamos a ver/ entonces yo pasé  
a la Finanzauto y Servicios a trabajar/ mis padres... mis padres/ pues entonces/ no  
sé por qué/ no sé si fueron mis padres o... fue porqueee... yo qué sé no sé / lo juro  
por Dios no sé ahora estoy liado no sé bueno lo que sí sé/lo que sí sé/ lo que sí sé/  
lo que sí sé es que... comencé a trabajar/ y tenía que cumplir un periodo de tiempo  
de plazo/ para quedar fijo o no/ de seis meses/ resulta que// hombre/ yo particular-  
mente/ no es que esté... tocado ni mucho menos/ pero yo pienso que/ Satanás/ en fin/  
los que me estén escuchando... pensarán.../ no sabe lo que se dice/ pues sí/ sí se lo  
que me digo/ yo pienso que Satanás/ puede/ existir/ por no decir/ que... con el  
tiempooo... van pasando los años los años/ los siglos/ etcétera/ pueden llegar a exis-  
tir// bueno/ resulta que... y por favor/ dos minutos o tres máximo y termino/ resulta/  
que yo entré a trabajar/ y era el aprendiz/ como en muchas empresas/ al aprendiz/ lo  
putean/ y perdón por la palabra/ el grupo lo componíamos/ el grupo de recambios/ per-  
dón/ bueno/ el. sí el grupo de recambios de la Finanzauto y Servicio de la Avenida  
Meridiana 16-18// lo componíamos / 18 personas/ más o menos/ por no decir 25 más o  
menos contando aprendiz/ aprendiz/ pelota/ y jefe/ no quieroo sacar a relucir/ el  
departamento de facturación/ el departamento de litigios/ el departamento de adminis-  
tración/ el departamento deeee lo que sea/ voy a hablar en sí de mi departamento



que fue/ donde/ tuve/ la depresión/ resulta que/ yo/ cada día/ <sup>\$</sup> el primer día ya de  
 comenzar a trabajar/ yo <sup>Repet. (P)</sup> cada día/ por la mañana/ ya me esperaba a mí/ Don / Jose Luis/  
 Moreno/ García/ Don Jose Luis/ Moreno/ García/Don/ Jose Luis/ moreno/ García/Don Jo-  
 se Luis Moreno García/ Don Jose Luis Moreno García/ <sup>Persevera (P)</sup> perdón/ <sup>\$</sup> estoy en mi sitio/ el mes  
 que viene cobro el paro/ cobro Capitalizadora Española/ cobro Mensajeros porque soy  
 un hombre con dos cojones hablando claro <sup>me</sup> que van a pagar/ <sup>\$</sup> por favor/ tres minutos/  
 tres minutos/ <sup>Repet. (P)</sup> sólo tres minutos/ máximo cinco minutos/ <sup>\$</sup> si tengo que pagar 50.000 pe-  
 setas las pagaré si tengo que pagar 100.000 medio millón lo que sea/ por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> por  
 favor/ máximo máximo máximo máximo/ <sup>Persevera (P)</sup> por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ de verdad por favor/ lo di-  
 go de corazón/ <sup>\$</sup> estoy mirando... <sup>Repet. (P)</sup> estoy mirando al sol/ <sup>\$</sup> por favor creo en Dios/ por fa-  
 vor/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ 7 minutos y medio/ <sup>Repet. (P)</sup> 7 minutos y medio/ 7 minutos y medio/ gracias/ por  
 favor/ <sup>Repet. (P)</sup> noo no/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor un segundo// <sup>\$</sup>

Bueno vamos a ver/ yo llegaba por la mañana/ entraba por la puerta/ no  
 por ésta/ <sup>\$</sup> perdón/ <sup>\$</sup> entraba/ veía al gordo/ parecía un sapo/ por no decir <sup>\$</sup>.. algo te-  
 nía de marica/ bueno/ resulta que... <sup>\$</sup> toda <sup>\$</sup> o sea/ todos los días/ nada más entrar/  
 yo/ <sup>\$</sup> mi madre/ la pobre mujer/ me daba 5 duricos/ no/ 5 duricos no/ me daba 35 ó 40  
 pesetillas/ y en aquel entonces pues... el bocadillo valía 5 duros/ un bocadillo  
 bastante grande de catalana/ muy bien hecho/ eso sí/ lo tengo que decir/ Bar Juventud/  
 al lado de la Finanzauto y Servicio/ en la Avenida(...) 16-18/ entonces/ mi madre me  
 daba los 5 duricos/ 35 ó 40 pesetas/ <sup>\$</sup> 45 ó 50 más o menos/ bueno/ y entonces / el sa-  
 po/ y perdonen ustedes la expresión de la palabra/ Don Jose Luis Moreno García/ <sup>Paco</sup> perd-  
 ón/ <sup>\$</sup> me llamo Francés José <sup>\$</sup> perdón Francisco José/ <sup>\$</sup> resulta que había un... chulillo/  
 sí un chulillo <sup>Repet. (P)</sup> que se llamaba también Jose/ y por "equivar"/ <sup>(P)</sup> perdón por evitar "qui-  
 vaciun erro" errores/ pues/ me llamaban Paco/ cuidado/ que el nombre me lo puse yo/  
 eso que quede bien claro/ bueno/ Paco/ <sup>\$</sup> perdón/ <sup>\$</sup> entonces resulta que... el sapo/ me  
 hacía un gesto ya... psicológico de.../ queriendo decir... te voy a joder/ y ustedes  
 predonen/ yo entraba/ a su despacho/ <sup>que hay Paco</sup> <sup>Repet. (P)</sup> dígame usted señor Moreno perdón/ <sup>Repet. (P)</sup> perdón/  
 perdón/ dígame usted Señor Don Jose Luis Moreno García/ perdón dígame usted Señor...  
 Don Jose Luis Moreno <sup>Repet. (P)</sup> ¿qué quiere/ <sup>Repet. (P)</sup> Paco/ Paco mira/ traeme un paquete de Winston ven-  
 ga va/ americano/ sí Señor Moreno pero/ va venga/ de acuerdo Señor Moreno/ etcétera/

<sup>\$</sup>  
 Inconscient

etcétera/ etcétera/ etcétera/ etcétera durante 2 ó 3 meses/ estuve 6 meses de prueba/  
luego ya pasé a la centralita/ en fin/ <sup>\$</sup> bueno/ resulta que al cabo de 2 ó 3 meses/  
de haber ido ya a comprar muchos paquetes de tabaco/ y de haber estado trabajando y  
llevando un telex/ que casi lo hacía todo yo en ~~el~~ departamento <sup>\$</sup> no me ciego por decir/  
porque los otros 2/ tanto el Francisco (...) <sup>\$</sup> tanto los hermanos <sup>\$</sup> tanto <sup>Repet. (P)</sup> Francisco (...) <sup>\$</sup>  
como Antonio (...) <sup>Repet. (P)</sup> se ve que se <sup>\$</sup> se iban al cuarto de baño y.../ en fin/ vete a  
saber lo que hacían/ <sup>\$</sup> bueno entonces resulta que.../ <sup>Repet. (P)</sup> si <sup>(P)</sup> entonces resulta que...  
un dia me dijo... Paco pasa/ sí señor/ dígame/"venme" y me traes un paquete de Wins-  
ton/ bueno pero... es que resulta que no me dió el dinero que me tenía que dar/ pero.../  
¿que pasa Paco?/ hombre/ digo... aquí falta algo/ que coño falta/ va vete pallá bueno/  
se me iba el corazón/iba/ volvía. me paraba/ digo Dios mio/ ¿que haces Paco?/ que  
falta dinero Señor Moreno/ yo quiero más/ aquí un paquete de Winston americano vale  
más/ Paco/ haz el favor de ir o. <sup>\$</sup> la mirada psicológica <sup>\$</sup> en 6 meses... <sup>\$</sup> los 6 meses  
los cumplés aquí/ bueno ya lo has entendido <sup>\$</sup> hombre Señor Moreno/ que te vayas/ ah?/ ame-  
ricano/ Winston americano/ no sé si me había dado. <sup>\$</sup> faltaban... entre el Wiston  
americano y el bocadillo de ... polla/ perdón eh!/ perdón perdonen ustedes/ me falta-  
ba dinero/ bueno/que te vayas/ bueno pues muy bien/ pero que te vayas/ ah! traeme un  
paquete de <sup>\$</sup> perdón traeme un bocadillo/ pero... de qué Señor Moreno/ tenía 15 ya 16  
años 16 y medio/ y <sup>yo</sup> él ya tenía... <sup>\$</sup> podía llegar a ser/ <sup>\$</sup> podía llegar a haber sido algo  
en la vida/ y no lo digo por pelotear/ y lo digo bien claro por llegar a ser algo  
yo en cualquier sitio de Barcelona <sup>no, no Repet. (P)</sup> bueno <sup>\$</sup> poco a poco me fueron destrozando/ total/  
voy para el bar/ perdón/ bueno/ de qué quiere el bocadillo Señor Moreno/ Paco... va/  
traemelo de. <sup>\$</sup> de polla/ me cago en la puta madre que lo parió/ y que ellos me perdo-  
nen su madre no tiene la culpa/ digo...¿de polla?/ sí Paco de polla/ pero... pero <sup>Repet. (P)</sup>  
Señor Moreno... de polla pues... esto ¿no?/ que te vayas o ya sabes/ vete con cuida-  
do <sup>\$</sup> no sea / tenía que hacer además de <sup>perdere</sup> agente secreto/ ¿por qué?/ ahora se lo diré/  
ahora se lo diré a ustedes/ por qué/ pues sí/ porque me decía que fuera con cuidado  
de que... <sup>Repet. (P)</sup> de que como eran los <sup>\$</sup> principios/ Señor Doctor y usted/ perdón no. <sup>\$</sup>/  
¿como se llama usted <sup>Repet. (P)</sup> perdón?.

- Aniceto.

S: ¿Señor?

A: Aniceto

S: Encantado de haberlo conocido/ bueno/ entonces resulta que claro pues.

me advertía y me decía/ Paco/ si puedes esquivar al Director Administrativo... Jefe Comercial... Jefa... Facturación... Litigios etcétera/ esquivalos porque me pueden pegar un pequeño palito/ venga hombre/ la puta madre que lo parió(...). y encima un bocadillo de polla/ queee venga/ Winston falta/ te he dado más/ bueno me dio más dinero/ bueno/ voy para el bar// que. / o sea/ entro al bar Juventud/ Señor.. / bueno no me acuerdo ahora no me acuerdo/ el encargado del bar/ el dueño del bar/ me ha dicho el Señor Moerno/ perdón no sé si fue el encargado del bar o fue un .. un aprendiz o.. un trabajador/ yo las cosas claras/ bueno no me acuerdo bien pero me parece que fue el encargado/ o sea el dueño no sé/ no quiero levantar falsos testimonios/ total/ explique la historia/ la historia fuerte/ un paquete de Winston/ un bocadillo de polla/ bueno/ me cago en la puta madre que lo parió/ no al...al que me lo había mandado y al otro también porque se cachondeó bastante/ estaba el bar repleto de gente/ repleto de gente/ y yo todavía tuve suficiente/ voluntad// para poder resistir/ y si no les pegué/ una hostia a cada uno/ fue porque tenía vergüenza/ porque mis padres me la han mis padres me la han dado eh! y porque ya tenía algo/ tenía algo/ en el sentido de la palabra/ de que. problemas... tontos/ problemas tontos/ quiero decir que si no les pegué/ un bofetón/ bien dado/ a cada uno, no/ pegar un par un par de bofetones y salir corriendo porque era pequeño/ pero aún tenía valor para eso/ total/ me dieron/ yo le dije al encargado o al dueño o al que fuera/ un bocadillo de polla por favor/ pero no como estoy ahora/ perdón disculpenme estoy excitado/ con voz de crio/ con voz de recién nacido/ con voz de enfermo real enfermo mental eh! y lo y lo dije así/ por favor Señor Enrique/ Señor Enrique/ sí sí sí fue el Señor Enrique/ el bigotudo el gordo el sapo otro otro sapo/ que el día que lo encuentre le tengo que dar una bofetada en la cara que tiene que que tiene que girar más veces que el sol/ con eso lo digo solo digo todo/ y tienen que haber 2 ò 3 guardias para para para para para para para que no para para que no "haiga" más follones y él/ yo le daré un bofetón/ y el juicio consistirá en que yo le daré un bofetón y él me

lo tendrá que devolver/ y el que primero caiga/ ya saben ustedes por donde voy/ y us-  
tedes dis\$ discúlpeme/ perdonen un segundo nada más por favor/ 5 minutos y termino\$  
cobro el para/ cobro los mensajeros/ <sup>cobro\$</sup> por favor/ esto es una cosa muy <sup>Repet. (P)</sup> muy muy impor-  
tante para mí/ por favor/ déjenme <sup>Repet. (P)</sup> déjenme que termine/ por favor que voy a beber un  
poquito de agua que tengo la lengua seca\$ <sup>Perse vera (P)</sup>

A ver/ <sup>Repet. (P)</sup> no no no me digan nada/ yo tengo que sacarlo todo/ <sup>\$</sup> cuidado/ muchas  
gracias// <sup>\$</sup> lo que iba diciendo/ por favor/ déjenme máximo máximo <sup>Repet. (P)</sup> / máximo eh! <sup>\$</sup> y aho-  
ra soy <sup>\$</sup>.. yo soy un hombre <sup>con palabras</sup> ~~muy pagado~~ / y lo digo y termino/ por favor <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ 15  
minutos por favor/ explicaré esto de la Finanzauto y haré... todo <sup>\$</sup> lo posible porque  
yo soy un hombre humano y quiero quedar bien en todos los sitios/ <sup>\$</sup> por favor 15 minu-  
tos/ <sup>Perse vera (P)</sup> por favor 15 minutos <sup>\$</sup> no/ por favor/ 22 minutos y medio por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> el día el día  
9/ <sup>\$</sup> cobro el paro/ <sup>Repet. (P)</sup> del 10 <sup>\$</sup> del <sup>Repet. (P)</sup> del 9 al 12 cobro el paro/ me quedan 30.000 pesetas/  
cobro los mensajeros/ me darán unas 10 ó 12.000 pesetillas/ después cobro Capitaliza-  
dora Española parte proporcional de comisión que quedé más chupao que (...) y al fi-  
nal me dan 12.000 pelás <sup>\$</sup> por favor/ yo se lo que me digo/ máximo/ por favor/ máximo  
máximo <sup>Repet. (P)</sup> / y lo digo/ <sup>\$</sup> con mi mano/ en el corazón/ y mirando al sol/ que me está iluminan-  
do/ máximo 30 minutos <sup>\$</sup> Señor/ dame fuerzas para poderlo explicar todo/ y quedar/ exn-  
to de todo y ser un hombre feliz/ <sup>\$</sup> por favor media hora máximo máximo <sup>Repet. (P)</sup> lo dejaré en  
25 minutos/ <sup>\$</sup> 22 y medio/ <sup>\$</sup> 20/ <sup>\$</sup> 17 y medio por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ <sup>Repet. (P)</sup> por favor/ y ustedes discúl-  
peme/ <sup>\$</sup> vamos a ver// en resumidas cuentas/ Don Jose Luis Moreno Garcia/ un hipó-  
crita/ <sup>\$</sup> los hermanos Pinzones eran unos maricones/ <sup>Repet. (P)</sup> perdón/ <sup>Repet. (P)</sup> perdón/ los hermanos Val-  
ver-de/ <sup>Repet. (P)</sup> Francisco/ <sup>Repet. (P)</sup> Francisco y Antonio/ <sup>Repet. (P)</sup> hermanos/ <sup>Repet. (P)</sup> Valverde Arcas/ Francisco Valverde  
Arcas Antonio Valverde Arcas/ <sup>\$</sup> dos/ <sup>\$</sup> en fin/ eran bajitos pero yo paso/ yo particu-  
larmente/ <sup>\$</sup> les puedo dar clases de baloncesto/ <sup>\$</sup> 2 pelotas de primera categoría/ <sup>\$</sup> perdón  
por <sup>Repet. (P)</sup> mi <sup>Repet. (P)</sup> forma de hablar/ vamos a ver/ <sup>Repet. (P)</sup> vamos a ver/ un punto que tengo que dejar  
bien <sup>Repet. (P)</sup> bien bien claro es el... <sup>Repet. (P)</sup> es el de... <sup>\$</sup> mi mejor/ no... <sup>\$</sup> mi mejor amigo en el senti-  
do de la palabra en la Finanzauto/ <sup>Repet. (P)</sup> todavía/ <sup>Repet. (P)</sup> todavía/ lo recuerdo/ y me acuerdo/ de  
él/ <sup>Repet. (P)</sup> Don/ Miguel/ Mojal/ Joan/ <sup>Repet. (P)</sup> Don Miguel/ Mojal/ Joan/ esta personalidad// fue/ el  
que/ hizo/ todo lo posible/ para/ en pocas palabras decir/ no desmayarme/ en alguna  
que otra ocasión/ <sup>\$</sup> Miguel / si me estas escuchando/ no lo creo / pero por si acaso/

Miguel/ te doy mi más cordial enhorabuena/ y ya sabes/como soy/ y nos conocemos/ per-  
sonalmente Miguel/ Miguel <sup>persevera (P)</sup> Mojado sí Miguel soy Paco/ Paco/ Paco/ <sup>Repetición (P)</sup> estoy fuera de la  
depresión o poco me falta/ estoy en el. \$ // no te preocupes ya te enterarás/ Miguel/  
no puedo/ <sup>Repet. (P)</sup> no puedo seguir/ tengo mucho trabajo/ te doy mi más cordial enhorabuena/  
y particularmente te digo una cosa/ hay/ muy pocos/ hombres/ en Cataluña/ como tú/  
Don Miguel Mojado Joan/ un gran/ <sup>Repet. (P)</sup> un gran hombre/ particularmente Miguel/ <sup>Repet. (P)</sup> Miguel si me es-  
tas escuchando/particularmente Miguel/ yo solo \$ //tenemos que celebrarlo Mi-  
guel/ tú un cubalibre y yo... grosella con limón o limón con limón ya sabes por don-  
de voy/ hasta luego/ eeh! <sup>\$</sup> vamos a ver//al cabo de 26 3 meses/ Paco/ por favor/ pasa  
"pacá"/ Paco... <sup>claro</sup> pues... <sup>\$</sup> no sé no sé/ este chico Miguel Mojado pues/ yo particularmen-  
te lo digo/ es un pocooo deprimido también no sé <sup>Repet. (P)</sup> no sé como decirlo estábamos los dos  
así/ <sup>Repet. (P)</sup> así/ y perdóname Miguel/ <sup>\$</sup> entonces pues quiero decir con esto que al cabo deee  
poquillo tiempo/ me llama/ me hace entrar/ me dice que le cante una canción/ llama  
por teléfono/ para Paco/ marca el 39/ ó el 49 ó el 35 ó el 36/ <sup>\$</sup> interfon/ <sup>\$</sup> perdón/ el  
número de teléfono del.. jefe de personal/ que bueno... <sup>\$</sup> estoy... <sup>\$</sup> si... <sup>Repet. (P)</sup> si realmente  
estuviera mal/ me parece que esto sería. <sup>\$</sup> bueno/ de todas formas este... Eduardo del  
Cerro/ particularmente/ yo creo que podría ir a / cuidar... <sup>Asoc. (P)</sup> <sup>\$</sup> becerros/ total bajo aba-  
jo/ y me dijeron/ <sup>\$</sup> no/ el cuidador de becerros/ perdón/ es que estoy un pocooo exci-  
tado ¿no?/ Don Eduardo del Cerro López/ bajó abajo/se sentó en la silla/ y Don Jose  
Luis Moreno/ <sup>Repetición (P)</sup> Don Jose Luis Moreno García dijo/ Paco hombre ya que... hombre estás  
enterado de que. <sup>\$</sup> tú que eres tan. <sup>\$</sup> / cuidado más o menos lo explicó así/ tú que  
<sup>Repet. (P)</sup> eres tan... <sup>Repet. (P)</sup> Van buena fe sabes majo y tal/ estás enterado de que ha fallecido Nino  
Bravo/ <sup>Repet. (P)</sup> Nino Bravo un gran cantante/ sí/ y puede que yo lo substituya/ yyy estoy en  
mi sitio/ pues tú Paco como te has enterado de que ha fallecido Nino Bravo/ en fin  
mira un accidente automovilístico y tal y cual/ <sup>\$</sup> cuidado más o menos eh! estoy un po-  
co. <sup>\$</sup> pero así fue/ <sup>venga va total</sup> va cantanos una canción/ aquí/para los dos venga va que tu cantas  
muy bien venga va Paco venga va <sup>persevera (P)</sup> eh! venga va Paco/ va venga anímate Paco anímate  
Paco venga va <sup>Repetición (P)</sup> anímate Paco venga va / sí sí/ gracias señor gracias/ gracias señor  
<sup>Repet. (P)</sup> gracias/ yyy <sup>\$</sup> perdonen/ son problemas míos particulares/ me refiero a esto de gra-  
<sup>Repet. (P)</sup> cias señor... mio gracias/ muchas gracias señor/ muchas gracias/ <sup>\$</sup> bueno total/ me dijo  
persevera (P)

que cantara una canción/ y..\$ en fin yo no... no soy fanfa ni mucho menos/ todo lo que tengo lo demuestro porque he nacido de unos padres que valen un tesoro/ entonces me dijo queee le cantara una canción yo le canté una canción/ total/ entre pitos y flautas yo reconozco que la canté muy pero que muy mal <sup>Repet (P)</sup> sí/ la canté muy mal/ porque estaba muy nervioso y <sup>Repet (P)</sup> no la no la no no no la <sup>Repet (P)</sup> o sea/ no la podía entonar bien etcétera/ <sup>\$</sup> de todas formas yo/ después de haberme sacado el revolver/ yo/ personalmente pienso que... era de verdad/ yo creo que sí/ era de verdad/ bueno no estoy muy seguro por eso eh?/ pero yo creo que era de verdad/ <sup>Repet (P)</sup> o era de fogueo/ en fin no sé/de <sup>\$</sup> <sup>Repet (P)</sup> no sé no sé no sé no sé no sé/ y cuidado no <sup>Repet (P)</sup> no tengo complejos ya porque Dios está conmigo y Dios me está ayudando/ gracias Señor gracias/ <sup>\$</sup> bueno/ resulta que canto la canción/ y la canté tan mal que... sacó la pistola/ bueno... creo que no tardé ni... 5 segundos en subir al segundo piso con eso lo digo todo/ eeh! <sup>\$</sup> en fin bueno/ estas fueron las causas de mi depresión/ <sup>Repet (P)</sup> estas fueron las causas de mi de <sup>Repet (P)</sup> <sup>Repet (P)</sup> de mi depresión/ porque yo a los 18 años/ <sup>Repet (P)</sup> a los 18 años pues/ o sea/ yo solicité el cambio/ o sea/ pasado un tiempo y tal solicité el cambio y me pasaron a centralita telefónica de la Finanzauto/ <sup>\$</sup> en fin yo tuve una serie de problemas etcétera y tal <sup>\$</sup> con <sup>\$</sup> en fin con una golfa que lo digo bien claro/ <sup>Repet (P)</sup> y lo digo bien claro sí / una golfa una golfa una golfa/ <sup>Persevera (P)</sup> Margarita Fernandez Sanchez/ <sup>\$</sup> no Margarita no quiero saber nada más de tí/ <sup>Repet (P)</sup> lo siento mucho/ lo siento mucho/ te vas con tu padre a trabajar/ y lo ayudas que ~~buena~~ falta le hace a tu padre/ que está. <sup>\$</sup> / ya sabes tú como está/ y no me quiero meter en el área particular de vosotros/ está un poco fastidiado de la columna vertebral y lo sé porque me lo ha dicho tu hermano/ y si no me lo ha dicho tu hermano. <sup>\$</sup> / perdón no me lo ha dicho tu hermano pero me he enterado/ Margarita tú y yo hemos terminado/ no quiero saber absolutamente nada más de tí/ yyy¿qué vas a contestar?/ ¿paso de tí yo también?/ <sup>\$</sup> bueno/ entonces/ como estaba diciendo/ tuve una serie de <sup>Repet (P)</sup> de de de de de problemas/ o sea/ ya ~~salido~~ de la Finanzauto/ perdón del departamento de recambios/ pasé a la centralita y también tuve problemas/ en fin estas cosicas y tal/ bueno/ total/ ay Dios mio!/ <sup>\$</sup> perdón/ <sup>\$</sup> plegué de la Finanzauto y Servicios y... <sup>\$</sup> en fin ya... hablo ya de hace... 3 3 y medio máximo de tiempo/ <sup>\$</sup>

persevera (P)

Repet (P)

Y pues yo particularmente pues he ido haciendo pues... mis trabajillos ¿no?/ he ido a vender <sup>Repet (P)</sup> a vender ¿no?/ no tengo mucha experiencia de vendedor pero particularmente yo pienso que. \$ / <sup>Repet (P)</sup> si si yo sirvo para vender/ pero/ no sé es unaaa faena y lo digo claro/ un poquillo empreñadora/ <sup>\$</sup> no sé/ bueno/ yo lo que sí quiero por favor/ queee ha quedado bien claro esto ¿no? me imagino/ <sup>\$</sup> y en fin/ decir a ustedes/ <sup>Repet (P)</sup> muy muy agrade-  
 decido/ gracias a <sup>Repet (P)</sup> ... a los Doctores Juan Obiols <sup>Repet (P)</sup> y <sup>Repet (P)</sup> y Llandrich/ y al Doctor que tengo aquí presente/ <sup>\$</sup> Anil. <sup>Repet (P)</sup> no no perdón Anil. <sup>\$</sup> perdón no me sale/ yyy eso sí/ muy <sup>Repet (P)</sup> muy pero que muy agradecido <sup>\$</sup> por la <sup>\$</sup> co por la colaboración que me están haciendo/ o sea por los cuidados que me están haciendo aquí en el Hospital Clínico de <sup>Repet (P)</sup> de la Seguridad Provincial de Barcelona ¿no? más o menos/ y en fin/ le doy mi más cordial enhorabuena aaa todos ustedes/ y en general a todo el mundo/ ya está/ nono que no puedo hablar más/ ya está. <sup>Repet.</sup>

IV

J0: Emiliano/ que me contaras cómo es que has venido aquí al hospital...

*Pr. que herido!*

E: Pues... no sé/ para... tomar una etapa de <sup>de reposar</sup> ... de descanso ¿no? de relajamiento/ no por... <sup>§</sup> porque esté mal de la cabeza ni nada <sup>§</sup> pero/ me siento sano/ tanto corporalmente como mentalmente// <sup>§</sup> ~~Si~~ déjalo así// pues eso ¿no?/ y aparte he tenido un <sup>§</sup> tenía un poco de depresión/ no gran cosa¿no?/ muy poca.

J0: Todo esto a qué lo atribuyes tú/crees que <sup>pues</sup> puede haber contribuido ~~pues~~ a que te portes así...

E: ¿A qué puedo haber contribuido?/ pues <sup>de reposar</sup> no no sé/ bueno el haber descubierto ciertas cosas// ~~Pero~~ no/ en realidad no me ha afectado mucho.

J0: ¿Qué cosa?/ puedes esto especificarlo un poco.

E: ¿Si puedo especificarlo?.

J0: Sí.

E: Bueno mis teorías de... <sup>§</sup> sobre libélulas/ rosas/ y cosas así.

J0: Esto me interesa/ si me lo puedes explicar un poco...

E: ¿Te interesa todo esto?/ pues no sé/ creo que tú lo sabes/ tan bien como yo ¿no?/ o quizás mejor que yo.

J0 No/ahora si me explicas exactamente qué es te diré si lo sé o no/ pero.../ así de entrada no sé no sé

E: ¿No lo sabes?/ ~~Por~~ la noche viajamos a un país/ donde todos somos libélulas/ eso es verdad/ después... todos somos muertos en vida/ estamos muertos pero estamos vivos/ estamos vivos pero muertos// estoy en lo cierto.

J0: <sup>o</sup> No sé tú esto lo...¿lo ves cierto/ sin discusión o...?/ esto ¿desde cuándo te has dado cuenta tú?.

E: ¿Desde cuándo?/ hace... <sup>de repitas</sup> dos dos semanas/ dos semanas y media casi <sup>mutar</sup> tres <sup>de repitas</sup> casi tres semanas/

J0: ¿Y cómo fue? ¿qué señales observaste tú o... qué es lo que te indicó que esto era así?.

E: ¿Que esto era así// pues no sé/ mis intuiciones/ creo que no... que <sup>de repitas</sup> no fallan.



J0: No sé/ ¿fue por (...) o alguien te lo dijo...?.

E: No, no me lo dijo nadie.

J0: O encontraste tú ciertos hechos...

E: Lo descubrí <sup>yo</sup> yo/ yo mismo// hombre sí hechos pues hay algunos/ pero pocos/ que me haya dado cuenta conscientemente.

J0: Entonces esto dices que ocurre cuando dormimos/ ¿y nos ocurre a todos o solo a algunos?.

E: Yo creo que a todos ¿no?/ sólo que... hay clasificaciones/ unos están superiores/ otros medios/ otros inferiores/ otros ... suprainferiores que son los más bajos.

Y...  
P

J0: ¿De qué depende/ el estar en una categoría?.

E: ¿De qué depende?/ pues... de los hechos ¿no? que hayas hecho en tu vida (...).

J0: ¿Tú le has explicado a alguien esto que tú me has contado?.

E: No, no se lo he explicado a nadie.

J0: ¿Cómo es eso?.

E: Porque creo que todo el mundo lo sabe ya ¿no? porque me he dado cuenta de que podemos hablar/ mentalmente/ o sea no nos hace falta mover la boca para hablar.

J0: O sea como una (...) por telepatía.

E: Sí/ comunicación telepática.

J0: Entonces/ me has dicho que nos convertimos en libélulas/ ~~una~~ la noche.

E: Bueno es nuestra alma nuestras <sup>l</sup>. aura ¿no?/ la que se desprende de nosotros y... viaja.

J0: ¿Y por qué precisamente en libélulas.

E: Por qué en libélulas/ pues no sé/ es la semilla/ que está... plantada/ y ha crecido y... suelta libélulas.

J0: Pero una libélula es un animal/ una planta no.

E: ¿Una libélula?/ sí bueno somos las personas las que somos libélulas/

15

las plantas y eso pues no/ tienen <sup>8/2 rutac'</sup> su su espíritu ¿no?/ pero no no están no tienen alas para volar.

J0: ¿Y dónde volamos por la noche?.

E: No lo sé/ no sé si es en mi mente o si es fuera de ella/ no lo sé.

J0: Y luego me has dicho esto de los.../ que somos muertos en vida// me puedes explicar un poco cómo va eso.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20

E: De qué va la historia ésta?/ pues eso ¿no? / que <sup>estamos</sup> ~~somos~~ muertos pero <sup>esta sistema vivo</sup> estamos vivos (...)/ yo prefiero llamarle vida en muerte que no muerte en vida.

J0: ¿Pero no es una cosa opuesta la vida y la muerte?.

E: Ahora no/ ahora es una cosa que van juntas.

J0: ¿Cómo se puede estar vivo y muerto a la vez?.

E: Pues no sé.

J0: Te lo digo porque por ejemplo cuando una persona está viva pues se mueve/ respira/ mientras que la muerta pues/ ni se mueve/ ni respira/ y el cuerpo se va descomponiendo/ ¿entonces cómo ligas tú las dos cosas?.

E: Pues que... nuestro corazón por ejemplo deja de latir/ y no podemos pasarnos mucho tiempo sin que nos lata el corazón/ por dentro pues nos estamos pudriendo ¿no?/ pero sólo que no nos damos cuenta ¿no?/ que seguimos estando igual que antes.

J0: O sea que esto que dices tú de estar muertos en vida como estamos hay que tomarlo un poco como... una comparación un poco digamos poética/ o es una verdad estricta... así literal.

E: ¿Poética?/ no... no es literal es... <sup>real.</sup> <sup>8/2</sup> o sea no no se ha de tomar en sentido literal tampoco/ es una pseudo muerte/ no llega a ser la muerte/ es más más vida más vida que muerte.

repetic. p/2

J0: ¿Podemos llegar a morirnos también/ digamos realmente morirnos?.

E: Pues no/ <sup>no nos que</sup> (...) / nuestros cuerpos puede que sí pero nuestra alma no/ no muere nunca / nunca / que yo sepa nunca se ha muerto ningún. <sup>8</sup> ningún alma ha desaparecido nunca.

perseu  
(P)

J0: Estas cosas pues que tú has... visto claras estas últimas semanas/

¿te han hecho cambiar a tí?.

E: Un poco la manera de actuar ¿no?/ que tenía antes y la que tengo ahora/ me han hecho cambiar bastante/ Veo las cosas desde otro punto de vista / otro enfoque/ antes lo veía todo como antes ¿no?/ como si no hubiera pasado nada/ y ahora es diferente.

J0: Háblame un poco de lo que haces musicalmente.

E: Pues musicalmente estoy en un grupo de Rock/ bueno pero ahora nos ha dado por hacer Jazz-Rock// una línea más jazz-rockera puesto que estamos estudiando <sup>real. q/r</sup> en...en Barcelona/ taller de músicos pequeño/ y nos ha dado pues eso ¿no? por hacer... una línea de Rock más (<sup>jazz</sup>...)/ sobre todo la última canción que hemos hecho "El barrio"/. Está bien/ me gusta... el tipo de música que hacemos.

E:¿Cuántos sois?.

E: Cinco/ somos batería/ guitarra/ bajo/ (<sup>órgano</sup>...) y cantante.

J0: Tú eres el bajo/ ¿y haceis vuestros propios temas?.

E: Sí/ normalmente sí/ bueno también vamos metiendo... temas de otra gente ¿no?/ "~~de rock~~ Sureño" o (...) gente así.

J0: ¿Teneis nombre?.

E: Sí/ en Sabadell somos bastante conocidos/ nos conocen bastante.

J0: ¿Cómo os llamais?.

E:Boomerang

J0:¿Habeis actuado así...por Sabadell sobre todo?.

E:Por Sabadell/ sí/ más que nada actuamos por allí/ Salir y eso no salimos gran cosa.

J0:¿A tí te gustaría dedicarte a... profesionalmente?.

E:Pues sí me gustaría hacerlo como mi profesión.

J0:¿Y allí en el taller estudias solfeo también y...?.

E:Solfeo y teoría/ las dos cosas <sup>de teoría</sup> pero es que me gustaría salir de aquí/ sí porque...así estando así no. <sup>f</sup> me siento muy desactivo ¿no?/ peor aquí dentro que fuera/ pensaba que aquí dentro cambiaría ¿no? pero no/ es al revés ¿no?/ estoy más. <sup>f</sup> aparte las <sup>rejas</sup> también hacen bastante ¿no?// no sé / fuera estoy

Approx  
(P)

mejor/ un par de días o tres sí me quedaría ¿no? pero más no.

J0: Bueno aquí en el ambiente qué tal te sientes con los demás compañeros.

E: Bien/ o sea el ambiente lo veo bueno ¿no?/ pero... no sé/ como no estoy acostumbrado a estar fuera de casa pues me cuesta habitarme.

J0: ¿En casa ~~no~~ tienes tú tres hermanas?.

E: Dos hermanos y un... <sup>§</sup> dos hermanas y un hermano.

J0: El hermano cuál es/

E: Tonio.

J0: Es mayor...

E: No menor tiene un año menos que yo.

J0: ¿Tiene 17 años tu hermano?.

J0: ¿Podrías explicarme más o menos lo que hiciste este verano pasado?.

E: Este verano pasado/ pues me he pasado toda la temporada aquí/ en Sabadell// <sup>Q</sup> que qué hacía.../pues salía por las tardes por la mañana estudiaba tocaba un rato la guitarra, el bajo/ por la noche iba a ensayar/. Cuando ellos se fueron de vacaciones pues me quedé yo allí.

J0: ¿Ellos?.

E: Los del conjunto/ los del grupo// y me quedé yo allí.

J0: ¿Tienes novia tú?// (....).

E: Pues sí/ me gustaría.

J0: Pero de momento no ha habido oportunidad o...

E: Sí han habido oportunidades y he estado saliendo con... <sup>rehabilit</sup> <sub>Ph</sub> con alguna chica// <sup>§</sup> Sí ha sido una buena experiencia.

J0: ¿Y tu familia que opina de que toques en un grupo y todo esto?.

E: De que toque/ pues lo vé <sup>4</sup> muy bien// Les gusta que esté tocando en un grupo.

J0: O sea que con eso nunca ha habido problemas con tus padres.

E: No nunca ha habido <sup>§</sup> ~~problemas~~

J0: Alguna otra cosa que...que parezca importante...

E:¿Que parezca importante?.

JO:Que te p̄rezca importante a tí/ decirme o preguntarme.

<sup>no</sup>  
E: No no

ya está/ sólo eso ¿no?/ si quieres preguntarme algo tú/ o sea ya te he dicho que aquí pues... bien ¿no?/ ni bien ni mal/ pero prefiero estar fuera ¿no?.