

## SOBRE LA NEUROSIS ESQUIZOIDE

Werner Schwidder †

EL CONCEPTO de “neurosis esquizoide” se utiliza con frecuencia en la clínica; sin embargo, falta una exposición conjunta de los aspectos clínicos. En este artículo sólo puedo hacer un breve resumen de los puntos principales. Bajo el concepto de neurosis esquizoide incluyo todos los síntomas y síndromes relacionados con una estructura neurótica esquizoide comprobable mediante criterios positivos. Por lo tanto no abordaré el tema de la esquizofrenia y sus teorías psicogenéticas. Tampoco incluiré a la personalidad no neurótica esquizoide o esquizotímica, como la llamada psicopatía esquizoide. En cambio, sí me referiré a otros padecimientos pertenecientes a las neurosis esquizoides, como son los síntomas marginales que oscilan entre neurosis graves y la esquizofrenia, y que reciben el nombre de esquizoneurosis (Stefanachi, 1967), y algunas reacciones “esquizofreniformes”, siempre que se dé un desarrollo neurótico.

Para poder verificar los planteamientos que aquí se describen (Schultz-Hencke, Dührssen, Riemann, Schwidder), con base en cuadros sintomáticos y hallazgos psicodinámicos, se eligieron 100 casos entre los pacientes internados en 1969, en Tiefenbrunn, para su tratamiento hospitalario. Estos 100 casos coincidían en su diagnóstico de estructura neurótica esquizoide propuesto por distintos médicos. El diagnóstico de la estructura se llevó a cabo aclarando los factores etiológicos tal como Schultz-Hencke lo recomendara para realizar la anamnesis de psicología profunda. A continuación se hizo un nuevo examen del diagnóstico a cargo de dos médicos. Yo mismo rechacé 18 de 100 historias clínicas, debido a un diagnóstico poco claro o a datos incompletos, y las sustituí por otras tantas.

Al clasificar los resultados, llamó mi atención, en primer lugar, que las estructuras esquizoides puras solamente fueran diagnosticadas en cuatro casos: un síndrome hipocóndrico combinado con uno de despersonalización, dos casos con síntomas paranoides y uno de perversión (fetichismo). En los 96 pacientes restantes se encontró una estructura mixta y, más frecuentemente, una esquizoide neurótico-compulsiva (57%). Menos frecuentes fueron las estructuras esquizoide-histéricas (16%) y esquizoide-depresivas (13%) así como otras combinaciones (10%). Entre los síntomas clínicos aparecieron con más frecuencia perturbaciones por dificultad para establecer contacto, perturbaciones en el trabajo y de la concentración. Siguieron, en orden cuantitativo, síntomas compulsivos, cansancio y agotamiento, síntomas fóbicos y angustiosos, sensación de mareo, síntomas de despersonalización, manía y abandono. Los síntomas de enfermedades corporales fueron más numerosos: dolores de cabeza, pérdidas de consciencia y síntomas motores (temblor, inquietud motora, sacudimiento muscular, tic facial); seguían perturbaciones orgásmicas,

enfermedades de la piel, perturbaciones estomacales, intestinales y de la circulación. Sin embargo, no siempre se encontró una conexión segura entre estos síntomas somáticos y factores neuróticos. Entre los miedos fóbicos están la eritrofobia, el temor a la enfermedad y miedos a cambios en el propio cuerpo, principalmente. Seis pacientes presentaban también el síndrome llamado falsamente “fobia cardíaca”.

En las historias clínicas, con frecuencia se informa acerca de perturbaciones diversas de la percepción de la realidad, como lagunas, unilateralidad o deformación por las proyecciones descritas por Freud. En el contacto con los demás hay frecuentemente una fuerte ambivalencia entre deseos extremos de una atadura estrecha —frecuentemente de una unificación simbiótica— y, por otra parte, de un gran distanciamiento, de aislamiento e indiferencia. Esta ambivalencia, de variable intensidad, puede manifestarse en una conducta que parece estar dividida. Así, por ejemplo, se observan simultáneamente, una gran reserva y asociabilidad junto a una conducta motora exaltada; una confianza “ciega” al lado de una desconfianza extremada. En contraposición a pacientes esquizofrénicos, los neuróticos esquizoides notan esas discrepancias —por las que se mortifican—, y tienen cierto acceso a sus vivencias y conducta ambivalentes.

Aparte de estos síntomas se pueden diferenciar diversos síndromes de curso variado. La neurosis del carácter o sintomática, esquizoide, se caracteriza, principalmente, por las profundas perturbaciones en la capacidad de establecer contacto con otras personas, con la realidad de las cosas y con el propio cuerpo, así como por numerosos síntomas menores. Según el curso que toman, los síndromes primordiales pueden ser: sensitivo-fóbicos, sensitivo-paranoides, hipocóndricos, de despersonalización o perversiones (fetichismo, sado-masocismo).

Al lado de estos síntomas clínicos son importantes para la terapia los síntomas de transferencia y las dificultades en las relaciones interhumanas. Riemann ha informado (1961, 1961-62, 1970) sobre sus experiencias analíticas de la transferencia. Partió de aquellas experiencias psicoanalíticas tempranas según las cuales o el análisis no podía llevarse a cabo durante largo tiempo o se interrumpía a las pocas sesiones. Los analistas solían explicar este fenómeno con la “falta de transferencia”. Riemann, por el contrario, tuvo la experiencia de que los pacientes esquizoides se sienten más seguros cuando se les hace conscientes desde un principio del efecto que causan sobre los demás. Nosotros confirmamos esta afirmación a través de nuestro trabajo en la clínica: el conocimiento de las conexiones existentes entre la propia conducta y la reacción del otro en la transferencia tiene un efecto liberador y fortalece al yo, siendo tan importante como la inclinación afectiva positiva y uniforme que demuestre el analista y la regularidad de las sesiones analíticas.

Los síntomas de transferencia se centran principalmente alrededor de la angustia ante el acercamiento, la dependencia y las propias proyecciones. O, dicho en términos positivos: las necesidades de delimitación, de independen-



cia, de visión clara y concreta y la creciente confianza y conocimiento con respecto al terapeuta son condiciones indispensables para que se vaya estableciendo el contacto analítico y la relación de transferencia. El peligro que presenta la transferencia consiste en el incremento del miedo a la dependencia y la entrega, y a las agresiones reactivas frecuentemente inconscientes, así como la huida y repliegue en el aislamiento y en una seguridad ilusoria. En ocasiones se toman disposiciones muy complicadas, a fin de racionalizar los miedos y escapismos y ocultar los impulsos agresivos. El terapeuta, a veces, sólo puede reconocer estas conexiones cuando el paciente tiende demasiado a intelectualizar o concretar, y cuando los impulsos agresivos se manifiestan en una inclinación a castigarse y dañarse él mismo.

Las experiencias obtenidas de la psicoterapia de grupo analítica nos han proporcionado nuevos conocimientos: cuando personas neuróticas esquizoides se reúnen con otras personas, de manera casi refleja surgen defensas en ellos contra la angustia; medidas de seguridad de las que podemos percatarnos fácilmente, porque se dirigen contra el miedo a lo desconocido, al acercamiento emocional y a ataduras sentimentales (Schultz-Hencke, Riemann). Las experiencias en psicoterapia de grupo nos permitirían trazar una amplia escala de tales procedimientos de seguridad que aparecen siempre que se inicia una relación. Esta escala abarcaría desde un distanciamiento frío, pasando por un tímido intento de poner límites a la propia esfera vital, hasta una actitud confiada seguida de inmediatas desilusiones.

Las sesiones de grupo con pacientes neuróticos esquizoides son vividas desde un principio como situaciones de tentación y fracaso, con la consecuente agudización de los síntomas y multiplicación de las defensas, y la tendencia a escapar. Sin embargo, sometido a terapia individual de apoyo, el grupo puede convertirse en un puente positivo con la realidad, porque puede captar y detener las tendencias regresivas, mejor que la terapia analítica individual.

Al hablar de pacientes neuróticos esquizoides, resultan interesantes las relaciones familiares que establecen estos pacientes. Ya la fundación de una familia propia se acompaña de serias dificultades debido al miedo a establecer contacto y la profunda desconfianza. Algunos no se casan nunca, otros a edad avanzada, otros más viven en matrimonio por sólo breves periodos y, finalmente, otros tienen una neurosis familiar esquizoide. Riemann (1961) comprobó la fascinación que ejercen sobre los esquizoides, las personas del tipo opuesto: los depresivos, que tienen una mayor facilidad para dirigirse a los demás, para abrirse y entregarse, y que descuidan su propia protección. De acuerdo con mis observaciones, en estos matrimonios se establece casi siempre una relación sado-masoquista. También suele suceder que los neuróticos esquizoides se sientan fascinados por personas histéricas. En tal caso tienen lugar luchas entre ellos por delimitar sus dominios y en ocasiones se dan matrimonios de parejas desilusionadas que viven distanciados el uno al lado del otro. Para el neurótico esquizoide parece ser siempre atractiva una pareja con gran capacidad de adaptación, con inhibiciones agresivas y sexuales. Con esta pareja puede darse una neurosis familiar esquizoide que exterioriza

conflictos interfamiliares, que son evadidos mediante ficciones —creadas conjuntamente por ambos— acerca de una realidad deformada de acuerdo con sus deseos. Richter (1970) describió esta dinámica familiar paranoide bajo el nombre de “fortaleza”,\* en la que se encierran todos los miembros, “se alimentan de la ilusión de su superioridad y organizan asaltos contra los perturbadores extraños y los perseguidores”. Intentos parecidos de resolver su problema de convivencia con otra pareja se llevan a cabo en las sesiones de psicoterapia en grupo.

En cuanto a la etiología y la psicodinámica de la neurosis esquizoide quisiera recordar que en el campo del psicoanálisis freudiano se pusieron de relieve principalmente dos procesos dinámicos: la relación con el narcisismo y la reacción en forma de pérdida de objeto. Entre los esquizoides se conserva un remanente de narcisismo primario e indicios de una actitud acen tuadamente narcisista, según Fenichel. En situaciones de fracaso las personas con esta fijación mantienen la inclinación hacia la pérdida parcial de objeto y la regresión narcisista. Algunos signos de actitudes narcisistas, observadas en combinación con la pérdida de objeto, son las sensaciones somáticas con temores hipocondríacos y las experiencias de extrañamiento. Schultz-Hencke relacionó la pérdida de objeto con restricciones e inhibiciones de las necesidades fundamentales intencionales del niño. Con el concepto de lo intencional designó las más tempranas necesidades de dirigirse al mundo emocionalmente, con la meta —prodigadora de satisfacción—, de sentir familiaridad y confianza con los hombres y con el mundo. Cuando estas necesidades son inhibidas, no puede surgir una “confianza primigenia” (Erikson), sino sentimientos de extrañeza, profundas inseguridades y discrepancias con los demás. Este extrañamiento se extiende luego hacia las propias emociones y sentimientos.

Riemann, que se ocupó durante casi un decenio de las defensas ante la angustia, en esquizoides, planteó en el último congreso de la Sociedad Psicoanalítica Alemana una hipótesis conectada con las viejas posiciones analíticas y las exégesis de Schultz-Hencke: la concepción de una fase de desarrollo sensorial, preoral, decisiva para la primera relación comunicativa del niño con el mundo. Los planteamientos de un afán intencional y una fase sensorial dieron nuevos impulsos a los esfuerzos hechos por comprender las conexiones dinámicas y a la terapia. Tuvieron también repercusión sobre la clarificación de la etiología. Riemann (1970) distinguió en su nueva concepción dos posibilidades. Cuando la atadura emocional a la madre o a personas significativas estables no llega a existir debido a separaciones tempranas, a la pérdida de personas significativas, o a otros motivos, se refiere Riemann a un *esquizoidismo primario*. De él se desarrollan defectos graves con tendencias autistas, asociales y criminales, cuando los niños no logran establecer relaciones emocionales compensatorias. Y designa como *esquizoidismo secundario* o

\* En su sentido de recinto fortificado (T.).



*regresivo* cuando se da esta primera atadura y es vivida como amenazante o decepcionante, a lo que el niño reacciona evadiéndola o replegándose. En el primer caso —esquizoidismo primario— recomienda una terapia de recuperación y de desarrollo (sesiones frecuentes durante largo tiempo, aceptación de las vivencias y medios de expresión arcaicos, estimulación cuidadosa de la transferencia positiva). Cuando se trata de esquizoidismo secundario, aconseja que el paciente mismo determine la frecuencia de las sesiones, la posición yacente o sedente (es decir, el grado de distancia). En estos pacientes se desencadena fácilmente una angustia profunda si el terapeuta ejerce demasiada influencia en ellos, es decir, si hay demasiado acercamiento.

El intento de clasificar a nuestros 100 pacientes de acuerdo con estos criterios etiológicos en grupos de esquizoidismo primario y secundario, arrojó el siguiente resultado: siete pacientes no pudieron desarrollar a edad temprana relaciones emocionales ni sentimentales, es decir que presentaban esquizoidismo primario. Los demás sí tuvieron la capacidad de relacionarse, por lo que se diagnosticó esquizoidismo secundario. Sólo ocho pacientes presentaban formas de reacción típicamente regresivas, es decir que sólo en ocho casos hubo una regresión hacia la “falta de ataduras del mundo vivencial sensorial” (Riemann) ante experiencias angustiosas y desengañadoras. En la mayoría de los pacientes se encontró una tercera forma de desarrollo de estructuras neuróticas: de la capacidad de relacionarse inhibida surge una intensa búsqueda de apoyo y seguridad con formas de conducta y rasgos del carácter reactivos. Generalmente se desarrollan estructuras mixtas neurótico-esquizoides, con mayor frecuencia esquizoide-compulsivas. En estas neurosis se encuentran sólo tendencias regresivas parciales, no evidentes. El peligro de considerables pérdidas de objeto y de la realidad, y la consecuente desintegración de la personalidad no es tan grande como en los esquizoides típicamente regresivos.

Las observaciones realizadas durante investigaciones anteriores (1959) acerca de las diversas formas de desarrollo de estructuras neuróticas en casos de inhibición, de actitudes neuróticas y satisfacciones compensatorias se vieron confirmadas.

#### *Estructura esquizoide inhibida*

Las inhibiciones son vividas frecuentemente como una ausencia de sentimientos de familiaridad, como una especie de experiencia desconocida, fragmentaria, que deja sensaciones de desconcierto e inseguridad.

Un paciente informó que le faltaban los órganos receptores del mundo externo. Otro, que se estorbaba a sí mismo, que no podía percibir lo que ocurría alrededor de él. Que era demasiado tonto, por lo que ya no se atrevía a estar entre gente. Al pedirle que se describiera a sí mismo, respondió: “No vale la pena. No puedo indicar casi nada que fuese un rasgo de mi carácter.”

Una paciente, nacida en el último año de la guerra, que casi muere de frío durante la huida, según relató, se sentía siempre aislada, era callada, insociable, y sufrió, durante la pubertad, de intenso miedo a la gente y a la soledad. Informó: “Me siento extranjera en el mundo, como si no perteneciera al grupo de ellos”. Se vive a sí misma como extrasensible, delicada, como “desollada, a merced de los demás”.

Otra paciente informó textualmente: “Sufro de bloqueos. Es como una restricción del pensamiento. No puedo captar lo que me dicen. Como si tuviera arriba una maraña, o un muro. Todo se enreda. Creía que era mi propia estupidez, pero un psicólogo encontró que mi IQ era alto y dijo que era neurótica.” Esta paciente nació durante la guerra, de padre ilegítimo, al que jamás conoció. A su madre la veía sólo al regresar ésta del trabajo. Sentía que se la usaba siempre como chivo expiatorio. La madre, por su parte, gimoteaba y se mostraba desamparada ante los abuelos. De la educación se encargaba principalmente la abuela, enferma de cálculos biliares, quien la trataba —según descripción de la paciente— autoritariamente, criticándola y teniendo siempre la última palabra. El abuelo era sordo, vivía apartado de los demás, y reaccionaba con ira cuando era interrumpido. Esta descripción breve de la familia caracteriza una serie de factores de desarrollo desfavorables, sobre los cuales trataré más adelante.

Estas estructuras, en las cuales las trabas internas son vividas como inhibiciones intencionales, es decir que se registran en la consciencia y se sufren afectivamente, dominan una sensación de estar a merced de los demás —a los que se siente todopoderosos— o un enquistarse resignadamente y hasta una pasividad y torpeza o aun pseudodemencia. Este desarrollo que caracteriza a las estructuras esquizoides inhibidas se atribuye al esquizoidismo secundario, puesto que sí se establecen lazos; el tratamiento, de acuerdo con nuestra experiencia, debería hacerse con apego a las disposiciones de Riemann para el esquizoidismo primario. Resaltaron en estas estructuras dos tipos más: los divididos-aturdidos, con lagunas intencionales muy pronunciadas y pensar muy vago, y los inhibidos-inseguros, sin arraigamiento alguno.

#### *Estructura de actitud esquizoide*

Cuando en el curso de la niñez es posible compensar las inseguridades e inhibiciones fundamentales, surgidas de restricciones sensoriales e intencionales, como las descritas, los miedos, angustias e inhibiciones no son vividos como algo tan perturbador. Las compensaciones más frecuentes son:

1. Mediante un distanciamiento frío y reserva. Las personas con estas características son muy impersonales e inaccesibles en su trato, con lo cual conquistan una seguridad aparente o real. Con frecuencia dirigen su interés a cosas extravagantes (monomanías).



*Estructuras de satisfacción compensatoria*

Veinte de los 100 pacientes observados, habían tenido un desarrollo en el que abundaban satisfacciones compensatorias evidentes. Como en nuestra clínica no podemos recibir a pacientes con síntomas de manía y abandono, el porcentaje es seguramente mucho menor que entre pacientes que no reciben tratamiento hospitalario. Según nuestras observaciones, la mayoría de personas que padecen de abandono, perversas, delincuentes maniacas o no delincuentes, parecen tener neurosis esquizoides. El desarrollo es semejante al de los pacientes descritos arriba. También ellos hacen a un lado las vivencias de angustias e inhibiciones, sustituyéndolas mediante actitudes falsas. Cuanto más temprano se descubren las satisfacciones compensatorias, tanto más intensamente se busca, de manera casi refleja, la repetición continua de la descarga vivida subjetivamente. Sabido es que en este desarrollo la presión del dolor es muy débil. De ahí que los tratamientos analíticos no se realicen o que fracasen desde el principio.

*Síntomas primordiales*

En todas las formas de neurosis esquizoides examinadas, los síntomas que aparecían en la niñez se remontaban frecuentemente hasta la lactancia (*enuresis permanens*, chuparse el pulgar, morderse las uñas, arrancarse el cabello, síntomas de angustia, hurañía prolongada, etcétera). Noventa y cuatro pacientes presentaban estos antiguos síntomas, que pueden considerarse como síntomas primordiales de la neurosis en desarrollo (Schultz-Hencke). A diferencia de otras neurosis, los síntomas orales se conservan hasta la época de la adolescencia.

Para finalizar, unas observaciones sobre los factores etiológicos del desarrollo neurótico.

*Factores etiológicos*

La investigación de los factores que pueden contribuir a una etiología confirma parte de mis experiencias e hipótesis. Sesenta y dos pacientes tuvieron familias incompletas en su primera niñez (*broken-home*). Este porcentaje tan alto está determinado principalmente por los años de guerra. 41 pacientes habían nacido del año de 1939 a 1945, 26, antes de 1939, y 33 desde 1946. Nuestra investigación —más limitada— confirma los resultados obtenidos por Hau (1968), que encontró entre 1 000 pacientes jóvenes de Tiefenbrunn, de 15 registros anuales, un aumento creciente de la frecuencia de estructuras neurótico-esquizoides entre pacientes nacidos durante la época de guerra. Sin embargo, el análisis detallado individual del desarrollo de la neurosis, revela que las condiciones impuestas por los “hogares rotos” no son

2. Al contrario, mediante una actitud de ciega confianza, reprimiendo cualquier recelo. Estas personas a menudo no guardan ninguna distancia ni proceden con tacto, y procuran establecer familiaridades insostenibles.

3. Refugiándose en un racionalismo e intelectualismo. Con este frecuente intento de compensación se pretende sustituir la falta de confianza e intimidad emocional mediante el conocimiento, el pensamiento sistemático y el dominio racional de las situaciones.

Ejemplo: En un paciente nacido también durante la guerra, que presentaba síntomas sensitivo-paranoides y corporales funcionales, aparecieron las primeras señales de su perturbación el día de la muerte de su padre. El paciente opinaba que antes nunca había tenido trastorno alguno. Con cierto orgullo relató cómo había sabido conducir su vida. Ya en la niñez mantuvo una fría distancia con respecto a los otros niños. “No me gustaba acercarme a nadie”, dijo. En la escuela se le tenía por “poeta loco”. Leía mucho, quería saber mucho; había escrito poemas. Desde la edad de 10 años coleccionaba canciones de amor medioevales. Su obsesión fue siempre completar esa colección: “Me fascina”, dijo, “la relación entre la literatura cantada y la forma de las letras góticas.” Las encuentra bellas, de formas individuales, redondas y maduras. Las relaciona con la mujer, que es para él algo único y asombroso, sobre todo en el embarazo. Se obliga a sí mismo y a su esposa a una confianza renovada. La desconfianza no debe surgir de ninguna manera. La relación con su hija es sobre la misma base. “Mi hija no es otra cosa que visión del mundo traducida.”

Este informe contiene rasgos típicos de pacientes con una estructura de actitud esquizoide: aparentemente no se viven las angustias, inhibiciones o conflictos. El paciente tiene una apariencia de seguridad narcisista. Acentúa su gran confianza y su capacidad de establecer contacto —que en realidad es ficticio—, y se aísla en ámbitos artísticos especiales. En la historia del desarrollo de estos pacientes, aparecen casi siempre reacciones a una inseguridad emocional y a angustias.

En los pacientes examinados, con una estructura de actitud esquizoide, se hallaron muchos síntomas corporales y enfermedades. En ocasiones habían presentado ya desde la niñez una gran propensión a enfermar. Fueron frecuentes los casos de perturbaciones funcionales cardíacas, de la circulación y estomacales y del intestino, entre ellas, dos colitis ulcerosas, una grave perturbación respiratoria y de la deglución, frecuentes enfermedades de la piel y, en 10 pacientes, síntomas musculares. En investigaciones anteriores me sorprendió encontrar que tuberculosos crónicos y enfermos con esclerosis múltiple padecían de neurosis esquizoides. Sin embargo, el número de casos observados no es tan alto como para hacer conjeturas acerca de una relación especial entre ambos fenómenos.

Las neurosis con estructuras de actitud esquizoide no se reconocen como tales o, si acaso, muy tarde.

Para la terapia podrían fijarse las normas propuestas por Riemann para el tratamiento del esquizoidismo regresivo.



las únicas determinantes del desarrollo de estructuras neurótico-esquizoideas. Los informes acerca de los graves problemas ocasionados por la guerra nos permiten reconocer que no son los factores exteriores solos los que ocasionan angustias e inhibiciones sino las especiales alteraciones afectivas en las relaciones, que acompañan a estos factores exteriores. Se debe a Hau, también, la observación de que necesitan sumarse a las condiciones más difíciles de la época de guerra otros factores, como son las actitudes falsas con respecto al niño, para que se desarrollen neurosis acusadas. En nuestra investigación, el factor obligado para que se desarrollase la neurosis fue una atmósfera afectiva familiar negativa en el primer año de vida, especialmente entre madre e hijo, pero también entre el niño y otros miembros de la familia.

El aumento de neurosis esquizoideas en pacientes nacidos durante la época de guerra, o post-guerra, fue observado en Alemania repetidamente y se ve confirmado por nuestra investigación. Si se intenta explicar este fenómeno mediante factores etiológicos, se llega a la conclusión ineludible de la necesidad de considerar los factores etiológicos acumulativos: el cambio social causado por la migración, la distensión de lazos tradicionales, las presiones mayores en las familias durante las épocas de crisis, el desarraigo, la separación y la pérdida de personas significativas y, finalmente, el torrente de estímulos de la vida moderna.

Esta comunicación de mis resultados clínicos cumplió el propósito de estimular un estudio más a fondo de los síntomas y la psicodinámica de la neurosis esquizoide.

Creo haber contribuido, junto con Sullivan y su grupo de colaboradores, —menciono sólo a Arieti, Chrzanowski, Spiegel— y, en Europa, Schultz-Hencke y su círculo, como Beese, Herbert Binswanger y Adelheid Fuchs-Kamp, y muchos otros más, a sentar las bases de la investigación de los múltiples síntomas del conjunto esquizoide. Espero que mis experiencias referidas conduzcan a una mayor diferenciación de los síntomas y su desarrollo, para dar nuevo impulso a la difícil labor del tratamiento de pacientes esquizoideos.

#### REFERENCIAS

- Arieti, S.: "Il processo secondario nella psicodinamica della schizofrenia". *Arch. Psicol. Neurol. Psychiat.*, núm. 28, 1967, pp. 255-269.
- Arieti, S.: "The Present Status of Psychiatric Theory". *Amer. J. Psychiat.*, núm. 124, 1968, pp. 1630-1639.
- Bach, H.: "Psychosebehandlungen in psychiatrischen Institutionen durch niedergelassene Psychotherapeuten". *Z. psychosom. Med. u. Psychoanal.*, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1967.
- Bach, H.: "Die Ausreifung der menschlichen Agressivität". *Fortschritte der Psychoanalyse*, vol. III, Hogrefe, Gotinga, 1968.
- Beese, F.: "Zur Frage der Umweltschäden oder Konstitutionsfaktoren bei der Schizophrenie". *Ztschr. f. Psychosom. Med.*, núm. 1, 1955, pp. 260-268.
- Beese, F.: "Der psychotische Objektverlust im Verlauf der analytischen Psychotherapie". *Acta Psychother. Psychosom.*, núm. 5, 1957, pp. 231-248.

- Binswanger, H.: *Der Objektverlust. Ein Beitrag zur Neurosen- und Psychosenlehre*. Karger, Basilea-Nueva York, 1957.
- Chrzanowski, G.: "Dinamica e genetica dei disturbi del pensiero neglistati schizopatica". *Arch. Psicol. Neurol. Psychiat.*, núm. 28, 1967, pp. 295-305.
- Chrzanowski, G.: "Symptom Choice in Schizophrenic Manifestations". *Contemporary Psychoanal.*, núm. 4, 1967, pp. 41-52.
- Dührssen, A.: *Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung*. Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1958.
- Dührssen, A.: *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. 2a. ed., Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1963.
- Dührssen, A.: *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. 6a. ed., Verlag f. Med. Psych. im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1967.
- Erikson, E. H.: *Kindheit und Gesellschaft*. 2a. ed., Klett, Stuttgart, 1965.
- Erikson, E. H.: "Eight Ages of Man". *Int. J. Psychiat.*, núm. 2, 1966, pp. 281-307.
- Fenichel, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Routledge and Kegan Paul, Londres, 1946.
- Freud, S.: *Gesammelte Werke*. 3a. ed., S. Fischer Verlag, Frankfurt, 1969.
- Fuchs-Kamp, A.: "Die Innenwelt einer paranoiden Psychose". *Acta Psychother. Psychosom.*, núm. 5, 1957, pp. 205-219.
- Fuchs-Kamp, A.: *Hebephrenie. Grundsätzliches zur Struktur und Therapie*. Karger, Basilea-Nueva York, 1960.
- Hau, T. F.: *Frühkindliches Schicksal und Neurose*. Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1968.
- Richter, H. E.: *Patient Familie*. Rowohlt, Reinbeck-Hamburg, 1970.
- Riemann, F.: *Grundformen der Angst*. Ernst Reinhardt Verlag, Munich-Basilea, 1961.
- Riemann, F.: "Erfahrungen aus der Analyse schizoider und depressiver Persönlichkeiten". *Ztschr. f. psychosom. Med.*, núm. 8, 1961-62, pp. 114-128.
- Riemann, F.: "Über den Vorteil des Konzeptes einer präoralen Phase". *Ztschr. f. psychosom. Med. u. Psychoanal.*, núm. 16, 1970, pp. 1-14. Trad. esp. en Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología, núm. 20. Fondo de Cultura Económica, México, Enero de 1973.
- Schultz-Hencke, H.: *Einführung in die Psychoanalyse*. Fischer, 1927, Jena.
- Schultz-Hencke, H.: *Schicksal und Neurose*. Fischer, Jena, 1931.
- Schultz-Hencke, H.: *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. 3a. ed., Thieme, Stuttgart, 1969.
- Schultz-Hencke, H.: *Der gehemmte Mensch*. 2a. ed., Thieme, Stuttgart, 1970.
- Schwidder, W.: *Neopsychanalyse. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Vol. III, Urban & Schwarzenberg, Munich-Berlin, 1959, pp. 171-220.
- Schwidder, W.: "Hemmung, Haltung und Symptom". *Fortschr. Psychoanal.*, núm. 1, 1964, pp. 115-128.
- Schwidder, W. (ed.): *Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung*, 2a. ed. Verlag. f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 1970.
- Spiegel, R.: "Kommunikationsprobleme mit schizoiden Patienten". *Fortschritte Psychoanal.*, núm. 4, 1970.
- Stefanachi, L., R. Bessanti y M. de Crecensio: "Psicosi marginale" (Schizonevrosi). *Folia neuropsychiat.*, núm. 10, 1967, pp. 345-391.
- Sullivan, H. St.: *Schizophrenia as a Human Process*. Norton, Nueva York, 1962.
- Sullivan, H. St.: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, Nueva York, 1953.
- Sullivan, H. St.: *Conceptions of Modern Psychiatry*. Londres, Tavistock, 1955.
- Sullivan, H. St.: *Clinical Studies in Psychiatry*. Norton, Nueva York, 1956.

