

Een sprong in het diepe: therapeutische diagnostiek bij adolescenten met een psychosegevoeligheid

✉ J. LISAERDE, L. DE RIJDT

PSYCHIATRIE 20 juli 2021



Inhoudsopgave

1. [Tussen breuk en continuïteit](#)
2. [Verbinding verbroken](#)
3. [Dynamische diagnostiek](#)
4. [In contact met de jongere](#)
5. [In contact met de familie](#)
6. [Psychofarmaca](#)
7. [Besluit](#)
8. [Mededeling](#)
9. [Auteursverwijzing](#)
10. [Abstract](#)

11. [Samenvatting](#)
12. [Literatuur](#)

Tussen breuk en continuïteit

In de adolescentie gaan er voor de jongere vele deuren open. Er verschijnen heel wat mogelijkheden, maar even talrijk zijn de uitdagingen en de bedreigingen. Het is een moment waarop iemand de sprong in het diepe moet maken, in de hoop dat hij kan zwemmen met wat hij in de voorbije jaren geleerd heeft.

De adolescentie is een structurerend moment in de ontwikkeling en bevindt zich op het kruispunt van continuïteit met vroegere ontwikkelingsfasen en ruptuur (1, 2). Er is continuïteit in die zin dat een kind in de adolescentie komt met een hele bagage die de verdere ontwikkeling mee zal bepalen. Enerzijds speelt hier de biologisch-genetische bagage, maar anderzijds draagt ieder kind ook ervaringen met zich mee: warme herinneringen aan een hecht gezin, maar soms ook traumatische, naar aanleiding van bijvoorbeeld een pestverleden of onveilige zorgfiguren.

Daarnaast is er ook sprake van een ruptuur: de adolescentie zorgt voor een breuk in de continuïteit van de ontwikkeling.

Twee zaken kunnen ons helpen begrijpen waarom het hier over een breuk gaat. Ten eerste brengt de adolescentie nieuwe uitdagingen mee. De ontwikkelingstaken plaatsen de jongere voor existentiële vragen en dilemma's en kunnen tot ondraaglijke en overspoelende emoties leiden. Een jongere moet komen tot een eigen identiteit. Wie ben ik? Ben ik het waard om de zoon van mijn vader te zijn? Ben ik even slim? Ook de separatie ten aanzien van de ouders roept heel wat (existentiële) vragen op. Ben ik gewild door mijn ouders? Mag ik er zijn? Ben ik geliefd? Kan ik zelfstandig bestaan? Adolescenten worden ook verwacht stappen te zetten in het seksueel volwassen worden en het uitbouwen van relaties. Vaak slaagt een jongere er niet in om zijn volwassen wordende lichaam te aanvaarden en wil hij vasthouden aan zijn prepubertaire lichaamsbeeld (3). Een eerste psychose ontstaat vaak bij een eerste verliefdheid of een eerste teleurstelling in de liefde.

Ten tweede legt het concept van 'Nachträglichkeit' uit hoe ervaringen uit de kindertijd een nieuwe betekenis kunnen krijgen. Door de cognitieve en seksuele rijping na de puberteit worden vroegere ervaringen in een andere, vaak seksuele context begrepen, waardoor ze een nieuwe, vaak traumatische betekenis krijgen. Dit noemen we 'Nachträglichkeit'. 'Achteraf' worden sommige zaken anders ervaren. Deze herschreven realiteit kan heel wat mentale pijn veroorzaken.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat dit structurerende moment tevens een erg kwetsbaar moment vormt in eenieders ontwikkeling waarbij er regelmatig psychopathologieën verschijnen. Het is echter bij deze breuk dat er therapeutische mogelijkheden ontstaan om 'haperingen' in de ontwikkeling geheel of gedeeltelijk te herstellen. Op deze manier kan men de adolescentie zien als een tweede kans (4, 5).

Ter illustratie vertellen we het verhaal van Jolien.

Jolien komt als 16-jarige op de dienst spoedgevallen terecht met een acute verwardheid. Somatisch wordt zij binnenstebuiten gekeerd omdat de klachten zo plots opgekomen zijn en niet begrepen worden. Deze onderzoeken zijn echter zonder resultaat. Er is een absoluut blanco psychiatrische voorgeschiedenis met weinig aanknopingspunten in de periode vóór de acute decompensatie. Na ruim een week op de kinderspsychiatrische crisisafdeling beginnen de klachten stilaan te verdwijnen, waarbij het niet nodig was om medicatie op te starten. Wanneer Jolien na 2 weken naar huis kan, is zij weer de oude. Ze kan probleemloos opnieuw aansluiten op school en wordt aangemeld bij VRINT. We beginnen met een individueel en een gezinsgesprek. Vooral het onbegrijpelijke van de situatie komt ter sprake.

Enkele dagen later krijgen we een paniektelefoon. Jolien is hervallen. Deze keer staan we op de eerste rij en kunnen we Jolien thuis bezoeken. We ontmoeten een enorm overspoeld meisje dat een erg angstige indruk nalaat. Ze kruipt op de schoot van haar moeder en reageert nauwelijks op uitnodigingen tot contact. Ze blijft in zichzelf gekeerd en geeft een ongeremde, regressieve indruk. Thuis brengt ze het grootste deel van de tijd in een donkere kamer door, waarmee ze zich zoveel mogelijk tracht af te sluiten van prikkels.

Verbinding verbroken

Hoe kunnen we begrijpen dat een jongere plots in een dergelijke verwardheid terechtkomt? Bion, een Britse psychoanalyticus stelde dat een psychose ontstaat wanneer de realiteit te pijnlijk is en men niet meer kan denken (6). Hij heeft het over ‘attacks on linking’: het denkapparaat wordt ontmanteld zodat de realiteit niet meer gedacht kan worden. We proberen begrijpelijk te maken welke ontwikkelingen ertoe leiden dat de adolescentie een breuk vormt. Soms moeten we inderdaad vaststellen dat de realiteit daardoor zo ondraaglijk kan zijn dat ze verworpen moet worden en de jongere in een psychose terechtkomt. Dit is blijkbaar wat er gebeurt bij Jolien. Zoals Eliot schrijft: “Humankind cannot bear very much reality” (7).

Het zijn net kinderen die pijnlijke ervaringen ontvluchten in plaats van te bewerken die kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van een latere psychose.

Dit hoeft niet altijd een relatief plotse ontwikkeling te zijn. Bij sommige jongeren kan men reeds vroeg een zekere kwetsbaarheid waarnemen. We stellen vast dat zij hun fantasiewereld gebruiken om een moeilijke realiteit te ontvluchten. Anamnestiche gesprekken met de ouders maken dan duidelijk dat een kind deze copingstrategie al van jongs af aan hanteert.

Klein wijst erop dat kinderen op die manier geen psychisch apparaat ontwikkelen dat hen helpt om de realiteit te begrijpen en te bewerken (8). Ze kunnen niet anders dan de frustraties te evacueren of te ontvluchten, iets wat nog zal toenemen eens ze in de adolescentie komen. De Masi wijst erop dat de hulp van volwassenen nodig is om deze extreme fantasiewereld te verlaten (9). Volwassenen komen hier vaak niet tussen omdat deze kinderen rustig zijn of gezien worden als speciale kinderen met een rijke fantasie. Problematisch is dat hun rijke fantasie defensief wordt ingezet om de realiteit te ontlopen, niet om deze vorm te geven of te bewerken. In een fantasie kan men vanachter zijn computer op sadistische wijze over de pesters triomferen, in de realiteit is men machteloos. Meer en meer onderzoekers wijzen op de correlatie tussen traumatische ervaringen in de kindertijd en vroege psychosen (10). Het zijn net kinderen die pijnlijke ervaringen ontvluchten in plaats van te bewerken die kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van een latere psychose. Door de psychotische symptomen therapeutisch te bewerken, slagen jongeren er vaak in om zich opnieuw te verbinden met de mensen in hun dagelijkse realiteit.

Dynamische diagnostiek

Bij de start van het traject hebben we een tweeledig doel voor ogen. Enerzijds willen we contact maken: in de eerste plaats met de jongere, maar tegelijkertijd ook met de familie. Hierop komen we later terug. Anderzijds willen we doorheen een diagnostisch proces komen tot een beter begrip van wat er zich afspeelt. Binnen VRINT staan we voor een dynamische diagnose die aanknopingspunten geeft voor psychotherapie. Via de jongere individueel, alsook via gesprekken met de ouders willen we begrijpen welke aspecten van het leven zo ondraaglijk zijn dat de jongere zich een alternatieve/psychotische realiteit moet creëren. We hopen dat we zodanig kunnen samenwerken dat de realiteit begrijpelijker en meer aanvaardbaar wordt.

Een psychotische decompensatie is mogelijk reversibel, wat een sterk argument is om bij een beginnende psychose psychotherapie aan te bieden.

Een aantal elementen zijn typisch voor de diagnostiek van adolescenten.

Ten eerste is het zeer moeilijk om een onderscheid te maken tussen een adolescentaire crisis met psychotische kenmerken en een structureel psychotisch proces waarbij de psychose zich inschrijft in de persoonlijkheidsstructuur. Meestal betekent dit dat enkel de toekomst uitsluitsel kan geven over het verloop van een psychose.

Dit vraagt voor ouders en jongeren meestal wat tijd om te verwerken: zij vragen zekerheid en die kunnen we niet bieden. Dat enkel de toekomst uitsluitsel kan bieden, wordt begrijpelijk gemaakt door de stelling van Bion

dat iedereen een psychotisch en een niet-psychotisch deel in zijn persoonlijkheid heeft (11). Dit is een pleidooi voor een dimensionele - in tegenstelling tot een categoriale - diagnostiek, maar dit betekent vooral dat een psychotische decompensatie mogelijk reversibel is, wat een sterk argument is om bij een beginnende psychose psychotherapie aan te bieden.

Hoe moeten we dit onderscheid tussen het psychotische en niet-psychotische deel van de persoonlijkheid begrijpen? Volgens Bion vindt er in de ontwikkeling een transformatie plaats van indrukken en emoties op het sensorieel-lichamelijke niveau (bèta-elementen) naar het psychische niveau (alfa-elementen) (12). Deze omzetting wordt bemiddeld door de rêverie van de moeder, die de bèta-elementen van haar baby 'containt'. Zo ontwikkelen er zich fantasieën, dromen en gedachten en kan het kind een eigen denkvermogen ontwikkelen. Hierdoor ontstaat er een onderscheid tussen bewust en onbewust, tussen binnen en buiten en is een goede realiteitstoetsing mogelijk. Er is een tijdsdimensie aanwezig en een sociaal gedeelde realiteit. Dit is hoe wij meestal functioneren.

Dit alles is afwezig in het psychotische deel van de persoonlijkheid, waar een deel van de interne of de externe realiteit niet geïntegreerd kan worden, maar wordt afgeweerd. Wat ondraaglijk is, wordt naar buiten geprojecteerd samen met dit deel van het mentale apparaat dat verantwoordelijk is voor de perceptie ervan. Het realiteitsprincipe wordt aldus uitgeschakeld en zo ontstaan er psychotische symptomen: denkstoornissen, wanen, hallucinaties, enz.

Als we het eens zijn met Bion dat een psychose ontstaat wanneer de realiteit (binnen of buiten) zo pijnlijk is dat men deze niet kan verdragen, dan kunnen we makkelijk begrijpen waarom een psychose vaak in de adolescentie ontstaat. Vroege trauma's krijgen nachträglich een veel pijnlijkere betekenis. De driftmatige impulsen van een ontlukend seksueel lichaam zijn te overspoelend. Men zou kunnen zeggen dat er dan te veel realiteit is, waardoor men deze niet meer psychologisch kan verwerken. Het psychotische deel van de persoonlijkheid krijgt de overhand. De transformatie die volgens Bion plaatsgrijpt in de ontwikkeling van het sensorieel-lichamelijke niveau (bèta-elementen) naar het psychische niveau (alfa-elementen), wordt tenietgedaan, zelfs omgekeerd (12). Ervaringen en emoties kunnen hierdoor niet meer omgevormd worden tot dromen en gedachten, ze worden niet meer gesymboliseerd, maar beleefd als fysieke objecten die men naar buiten moet projecteren. Ook vroeger ontstane gedachten, alfa-elementen, kunnen vernietigd en massaal als brokstukken geëvacueerd worden.

We keren terug naar het verhaal van Jolien. In deze tweede acute fase was een wederkerig gesprek bijzonder moeilijk, maar waren we eerder ontvanger van een dwangmatig discours waarin ze haar angsten via een constante stroom ventileerde. Jolien klampte zich vast aan de mensen rondom haar: aan haar moeder, bij wie ze opnieuw op schoot kroop, maar ook aan de hulpverlening. Ze huilde en smeekte sterk appellerend om hulp. Net zoals bij de eerste crisis doofden de symptomen na een ruime week stilaan uit. In deze overgang, 'schemerzone' zouden we kunnen zeggen, vond er een nieuw familiegesprek plaats. Jolien evacueerde weer op een ruminerende manier haar angsten, maar kon inhoudelijk niet inpikken op het gesprek. Een sleutelmoment kwam er wanneer ze vroeg om iemand van ons apart te spreken. Voor het

eerst slaagde ze erin om te praten over enkele pijnlijke emotionele onderwerpen. Ze bracht een aantal familieverhalen: relationele spanningen en conflicten tussen de ouders en andere belangrijke familieleden. Jolien voelde zich hier vaak tussen twee vuren gezet. We voelden hoe deze verhalen de onschuldige latentieperiode van Jolien omvergeworpen hebben.

Een psychose is, hoe pijnlijk en vernietigend ook, een manier om het leven draaglijk te maken.

In het werken met psychose worden we geconfronteerd met verwardheid, maar ook met de constructie van alternatieve realiteiten of waanwerelden. Volgens Freud is een waanidee als een pleister over de kloof die ontstaan is tussen het ik en de realiteit. Jongeren die gepest zijn, hebben zich door de pesterijen hulpeloos en vernederd gevoeld. Er is een kloof ontstaan tussen hen en de anderen die ze overdekken met een pleister van grandiositeit: ze hebben de anderen niet nodig. Zolang ze deze waanwereld kunnen behouden, bestaan de vernederingen en de pesterijen niet. Dit betekent dat een psychose, hoe pijnlijk en vernietigend ook, een manier is om het leven draaglijk te maken.

Het is dus begrijpelijk dat veel jongeren geen hulp willen. Dit brengt de hulpverlener ethisch en tegenoverdrachtelijk in een moeilijke positie. Hulp forceren betekent de fragiele subjectpositie van de jongere miskennen. Anderzijds kan men niet ontkennen dat een beginnende psychose zorg behoeft. Wanneer het psychotherapeutische proces deze jongeren in contact brengt met die realiteit waartegen de psychose een verdediging was, moet men rekening houden met een (tijdelijk) verhoogd risico op suïcide.

In contact met de jongere

Al van bij het eerste contact merken we soms dat we met een psychotische pathologie te maken hebben, niet zozeer door hetgeen er gezegd wordt, maar vooral door de sfeer tijdens de sessie. Verschillende observaties kunnen hier richtinggevend zijn: een bizar contact, paranoïde rondkijken in de kamer, speciaal oogcontact, adhesieve identificatie, concretistisch taalgebruik, enz. We zien ook archaïsche elementen binnensijpelen tussen de kieren van de woorden. Ze hangen in het luchtledige tussen de patiënt en de therapeut.

Werken met een psychotische jongere betekent in contact komen met verbrokkeling, destructiviteit, angst en lijden. Zowel voor de hulpverlener als voor het gezin is dit moeilijk te verdragen. De brokstukken worden namelijk op hen geprojecteerd. Het is niet makkelijk om in de tegenoverdracht geen pion te worden in de waanwereld van de jongere. De waan is als een 'black hole' dat al het andere meesleurt. Het kunnen terugvallen op een team of een intervisieroep is essentieel om hierin staande te kunnen blijven. We moeten de psychotische wereld aanvaarden, er deel van uitmaken en toch de brug blijven maken naar de 'common sense'-realiteit. Bovendien steunt de therapeutische relatie op het niet-psychotische stuk van de persoonlijkheid en dat dreigt voortdurend opgeslokt te worden door de psychose. Men kan een waanwereld

niet interpreteren, dit is geen symbolische representatie, dit is echt. Men kan alleen voorzichtig beschrijvend de defensieve mechanismen blootleggen (descriptieve interpretaties) en een verschil maken tussen de waan- en de echte wereld. Een waan verdwijnt niet, maar blijft bestaan als een alternatieve mogelijkheid waarop men kan terugvallen.

Vanuit het perspectief van de jongere kunnen we veronderstellen dat deze een zeer verwarrende periode doormaakt. De houding die men vanuit deze verwarring aanneemt naar de hulpverlening toe, kan erg uiteenlopend zijn. De jongere kan de therapeut zien als een reddingsboei, zoals bij Jolien, maar ook als een onderdeel van een bedreigende buitenwereld. Het maken van contact is vaak een precaire aangelegenheid waarbij men erg sensitief moet zijn voor de signalen die men opvangt.

In contact met de familie

We kunnen een adolescent niet begrijpen zonder voeling te hebben met zijn context. In eerste instantie gaat het hier over de gezinscontext. De adolescentie kan gezien worden als de enige wedergeboorte in het leven. Op een bewust én onbewust niveau ondergaat de relatie met de ouders cruciale veranderingen. Het gaat om de juiste balans tussen verbinding en separatie, contact met zijn wortels, zijn geschiedenis, enz. Alle aspecten van de adolescentaire ontwikkeling hebben een tegenpool in het gezin. Gezinstherapie is dan ook in alle gevallen noodzakelijk, vanaf de eerste sessie. Bij niet-psychotische adolescenten is het vaak goed om de individuele en de gezinstherapie naast elkaar te laten verlopen. Bij psychotische jongeren is dit veel moeilijker. Er is vaak nog geen individu met wie men kan werken, vaak bestaat de therapeut voor hen nog niet als een afzonderlijke persoon of ervaren ze een individuele relatie als te intrusief. Het gezin heeft een belangrijke dragende functie en meestal is er geen duidelijke overgang tussen individueel werken met de jongere en gezinstherapie.

De therapie moet verbindend werken. Hierbij moeten we in gedachten houden dat verbinding nagestreefd en bevorderd, maar niet opgeëist kan worden. Om verbrokkeling tegen te gaan, zullen veel jongeren zich in eerste instantie afgrenzen en zich terugtrekken op zichzelf. Contact leggen kan beangstigend zijn: de jongere voelt zijn grenzen vervagen, hij voelt zich verdwijnen, leeglopen. We moeten het ritme van de jongere volgen, niet ons eigen verlangen.

Psychofarmaca

Psychotherapie is zeker niet tegenstrijdig aan biologische of psycho-educatieve interventies, maar moet volgens ons bij adolescenten de hoogste rangorde krijgen en als kader dienen voor alle andere behandelingen. Zo proberen we eerst een band op te bouwen met de jongere vooraleer we starten met medicatie. Deze medicatie kan dan door de jongere en zijn ouders begrepen worden als een ondersteuning van de psychotherapie en niet als een psychiatrische interventie die psychotherapie

overbodig maakt.

Terug naar Jolien

De therapie van Jolien en haar gezin strekte zich uit over ongeveer 2 jaar en heeft hen, maar ook de hulpverlening stevig op de proef gesteld. Het proces werd immers regelmatig op een abrupte en onvoorspelbare manier doorkruist door een nieuwe psychotische episode waarbij er geen duidelijke triggers geïdentificeerd konden worden.

Er vonden behoorlijk intensieve individuele en gezinsgesprekken plaats. Tijdens de gesprekken met Jolien kregen we zelden voeling met grote emoties. We zagen een kind dat eerder traag, maar wel zeker in de puberteit terecht kwam en zich stilaan begon in te laten met adolescentaire activiteiten. Tijdens de familiegesprekken merkten we traag, maar zeker op hoe familiale spanningen benoemd konden worden. Wat we hier en in veel andere gezinnen merken, is dat het thema dat zo moeilijk te verdragen is voor de adolescent ook een pijnlijk onderwerp is voor andere gezinsleden. Ook bij hen ondervinden we weerstand met betrekking tot deze thema's. Wanneer bij de ouders het idee rijst dat deze kwesties bijgedragen hebben tot het ontstaan van de psychose, wordt de weerstand nog extra gevoeld door het schuldgevoel hierover. De evolutie van Jolien en de ontwikkelingen binnen het gezin waren onlosmakelijk met elkaar verbonden. Deze verbindingen zijn echter niet vast te pakken of te duiden. We moesten geloven in het proces en waren blij om vast te stellen dat de episodes steeds zeldzamer werden, om uiteindelijk te verdwijnen.

An adolescent needs a therapist who dares to be mad at times.

Besluit

Een beginnende psychose bij adolescenten heeft een aangepaste psychotherapeutische aanpak. Zowel het werken met psychose als het werken met adolescenten heeft zijn eigenheid. Een dynamische structurele diagnostiek is bij VRINT hiervoor het uitgangspunt. Welke elementen uit de interne of de externe realiteit zijn zo moeilijk om te verdragen? Hoe organiseert ons psychische apparaat zich om met dit ondraaglijke om te gaan?

We pleiten ervoor dat therapeuten in contact durven te komen met het psychotische van de patiënt, de gekte durven te voelen zonder de brug met die andere wereld te verliezen en de confrontatie met de pijn durven aan te gaan. Zoals Joyce McDougall het ooit op een lezing stelde: "An adolescent needs a therapist who dares to be mad at times". Bovendien geeft een geduldige therapeut die een langdurig contact aankan en die blijft verbinden, een belangrijke boodschap van hoop. Dat is wat zowel de jongere als de ouders in een dergelijke crisisperiode nodig hebben om verder te kunnen en durven gaan.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Auteursverwijzing

J. Lisaerde^{1,2}, L. De Rijdt¹

¹UPC KU Leuven.

²Correspondentieadres: J. Lisaerde, UPC KU Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3030 Kortenberg; e-mail: jef.lisaerde@upckuleuven.be

Abstract

A leap into the dark: therapeutic assessment of adolescents with sensitivity to psychosis

The adolescence is a time of chances and opportunities, but also of challenges and threats. It is a structuring moment in which the youngster builds upon earlier life experiences. At the same time, it all feels as a leap into the dark. The adolescent doesn't know if and where he or she will land. In this article, we try to understand why psychotic symptoms often appear at that moment. Furthermore, we explore which ideas can help us understand these phenomena. Working with adolescents and working with people with psychotic symptoms both have their own particularities. In this article, we describe how VRINT deals with these particularities. We focus on therapeutic assessment with a great sensitivity for psychic wounds of the past. Sometimes it can be an opportunity to work through these difficulties, if this was not possible in the past. We plead for a broad approach with a great sensitivity for the whole person and his or her context. It requires some courage to face the psychotic world, but it is fascinating and helpful to get in touch with these experiences through the adolescent.

Samenvatting

De adolescentie biedt jongeren vele kansen en mogelijkheden, maar deze leeftijdsfase confronteert hen ook met uitdagingen en bedreigingen. Het is een structurerend moment waarbij de jongere voortbouwt op eerdere ervaringen, maar net zo goed is het een sprong in het diepe waarbij men niet weet waar men zal landen. Doorheen dit artikel proberen we te begrijpen waarom precies in deze fase de psychotische symptomen zich

voor het eerst uiten. Tevens gaan we na welke handvatten we hebben om deze symptomen te begrijpen. Zowel het werken met adolescenten als het werken met een psychosegevoeligheid heeft zijn eigenheid. We beschrijven hoe we dit binnen VRINT vormgeven. De nadruk ligt op een therapeutische diagnostiek waarbij we oog hebben voor kansen om kwetsuren uit de ontwikkelingsgeschiedenis opnieuw te benaderen. We pleiten voor een brede aanpak met veel aandacht voor de persoon en de context waar de psychose uit voortkomt. Daarenboven pleiten we voor een beetje durf om in contact te komen met de psychotische belevingswereld van de jongere voor ons.

Literatuur

1. De Rijdt L. *Zijn en tijd in de adolescentie. Psychoanalytische psychotherapie bij een beginnende psychose. Tijdschr Psychoanal* 2009; 15: 251-274.
2. De Rijdt L. *Een psychotische adolescent in therapie. Tijdschr Psychoanal* 2017; 23: 277-288.
3. Laufer M, Laufer M. *Adolescence and development breakdown: a psychoanalytic view. Yale: Yale University Press, 1984.*
4. Blos P. *On adolescence: a psychoanalytic interpretation. New York: Free Press, 1962.*
5. Blos P. *The adolescent passage. Madison, CT: International Universities Press, 1979.*
6. Bion W. *Second thoughts. London: Karnac Books, 1967.*
7. Eliot T. *Burnt Norton. Four Quartets: Faber, 1935.*
8. Klein M. *The psychotherapy of the psychoses. Contributions to psycho-analysis 1921-1945. London: Hogarth, 1930: 251-253.*
9. De Masi F. *Delusions and bi-ocular vision. Int J Psychoanal* 2015; 96: 1189-1210.
10. Strand J, Tideford I. *"If you're not safe anywhere, you turn it inside yourself": narratives about childhood experiences told by 12 individuals diagnosed with psychosis. Psychosis* 2012; 4: 137-148.
11. Bion W. *Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. Second thoughts. London: Karnac Books, 1967.*
12. Bion W. *Learning from experience. London: Karnac Books, 1962.*