

Capire l'incomprensibile: teorie private tra pazienti psicotici e loro terapeuti, a proposito del primo episodio psicotico

Andrzej Werbart, PhD
Sonja Levander, PhD

Le teorie private sulla psicosi, sul suo terreno di sviluppo e sulle sue possibili cure sono state studiate utilizzando i racconti avvenuti, a proposito del primo episodio psicotico, tra i pazienti e i loro terapeuti.

Pazienti e terapeuti sono stati intervistati tre volte durante un periodo di un anno e mezzo. Sono stati scelti tre casi, tre coppie paziente-terapeuta, quali elementi per chiarire le differenti relazioni tra teorie private di ciascun paziente e teorie private di ciascun terapeuta, i diversi modi di guarire dalla psicosi, e i diversi esiti delle cure.

Lo studio indica che il poter discutere insieme l'eventuale incompatibilità delle teorie private dei due partecipanti (delle coppie terapeutiche) può essere un contributo di sostanziale importanza al processo di guarigione dalla psicosi. (Bollettino della Clinica Menninger, 69 (2) 103-136)

Il nostro interesse nel fare ricerca nell'area della psicosi è connesso alla fondata convinzione clinica che le costruzioni soggettive dei significati da parte dei pazienti psicotici costituisce un'importante fonte di conoscenza ed un potenziale contributo al processo di guarigione¹.

Proprio oggi, quando l'accento sul trattamento in campo psichiatrico delle psicosi è quasi esclusivamente di stampo psicofarmacologico, spesso combinato con tecniche di rieducazione psichica e con le terapie di tipo conoscitivo-comportamentale², corriamo il rischio di sottovalutare lo psicotico quale soggetto attivo che, con le sue interpretazioni, si sforza di comprendere le sue difficoltà.

Come è stato sottolineato da molti scrittori psicoanalitici (cf Bion, 1967; Frosch, 1983; Katan, 1954; Ogden, 1989; D. Rosenfeld, 1992; H. Rosenfeld, 1965; Volkan, 1976, 1995; Winnicott, 1945/1975), il rapporto fra le parti sane e le parti psicotiche della personalità è una forma di compromesso precario, che può rompersi facilmente; una forma di equilibrio costantemente instabile e variabile fra stati mentali di integrazione e disintegrazione.

Nel nostro modo di concepire la psicosi, sottoscriviamo l'ipotesi formulata da Grotstein (1990), la quale sostiene che la psicosi è di per sé una difesa contro uno stato mentale catastrofico per le angosce disintegrative. Forse la psicosi è una forma "delirante" dei "rifugi psichici" di Steiner (1993).

Per preservare il loro equilibrio psichico, i pazienti usano il ritiro come corazza contro il rischio di rottura disintegrativi, e contro l'angoscia, al prezzo di un quasi completo blocco dello sviluppo. Questo tentativo di autocura, che può essere anche sostenuto da remissioni spontanee, o da remissioni in seguito a trattamenti farmacologici, ostacola lo scopo del trattamento psicoanalitico di ritrovare l'unità e la completezza del sé.

Un preciso monitoraggio del livello di comprensione da parte del paziente delle sue esperienze, di quelle che sembrano incomprensibili, può aiutare il terapeuta ad avvicinarsi al paziente (Rogan, 2000) e a promuovere "momenti di incontro" (Stern, 2004; Stern et al., 1998), contribuendo in tal modo alla modificazione psichica e, al contempo, bilanciandone i rischi.

Teorie private

L'obiettivo di questo studio è quello di esaminare la costruzione dei sistemi privati di spiegazione usati dal paziente e dal suo terapeuta.

¹ come descritto, ad esempio, da Arieti (1963,1979), Searles (1967), Selzer, Sullivan, Carsky,& Terkelsen, (1989), e Strauss (1992; Strauss, Harding, Hafez, & Lieberman, 1987).

² Fenton, 2000; Haddock et al., 1998; Hogarty & Flesher, 1999a; 1999b; Rector & Beck, 2001

Per questa ragione, abbiamo chiesto ai pazienti ed ai loro terapeuti i loro tentativi di comprendere i problemi del paziente. I loro resoconti trasmettono idee soggettive su ciò che può esistere dietro i problemi, e quale può esserne la soluzione migliore.

Queste teorie private sulla patogenesi e sulla cura possono essere viste semplicemente come un modo che gli uomini usano per riuscire a superare le esperienze dolorose che minacciano la loro coesione fisica e psichica.³

Inserendo in un racconto le spaventose esperienze emozionali, riusciamo a inserirle in un contesto di significato che ne rende più facile il controllo.

Come professionisti, siamo attentissimi ai nostri sforzi di comprensione e di interpretazione di ciò che i pazienti ci dicono. Quando ascoltiamo il racconto di un paziente, creiamo subito una rete di significati, costruita sulle nostre idee circa le dinamiche, o le patologie nascoste dietro le cose che ci vengono raccontate. Spesso è necessaria un'evidenza schiacciante per cambiare la comprensione che abbiamo della situazione.

Materiale e metodo

In un centro psichiatrico organizzato soprattutto per il primo episodio psicotico, abbiamo intervistato sei pazienti ammessi consecutivamente⁴ ed i loro terapeuti entro due settimane dall'ammissione.

In un'altra clinica con approccio psicosociale integrativo, abbiamo intervistato sei pazienti con una problematica psicotica di lunga durata e con almeno cinque anni di storia di cura psichiatrica dopo il primo episodio⁵, ed i loro terapeuti. Le interviste sono state ripetute dopo 6 e 18 mesi.

I professionisti di ciascun gruppo erano infermiere per la salute mentale, psicologi, psichiatri, tutti con almeno un training di base psicoterapeutico. Le interviste registrate ponevano 5 domande:

- 1) Qual è il suo problema?
- 2) Quando è iniziato questo problema?
- 3) Come è insorto il problema?
- 4) Come può risolversi il problema?
- 5) Come considera il problema il suo terapeuta/paziente?

Nelle interviste si richiedeva di dare esempi concreti e di raccontare episodi specifici importanti.

Ciascuno dei 12 progetti sui casi (Yin, 2002) si è basato su tre interviste con il paziente e tre interviste con il curante⁶. Tutte le trascrizioni sono state codificate, indipendentemente, da tre giudici con una formazione psicoanalitica, seguendo una procedura⁷ step-by-step simile a quella della ricerca tradizionale fenomenologica e narrativa.

Questa presentazione si basa su 3 casi di primo episodio di psicosi, scelti per evidenziare

1. le diverse relazioni fra le teorie private dei pazienti e quelle dei loro terapeuti,
2. i differenti percorsi di guarigione dalla psicosi
3. ed i diversi risultati.

Casi clinici

Il fantasma nell'armadio di Andreas.

Andreas è uno "stock broker" di 29 anni, grave tossicomane, ricoverato al centro dopo una settimana in un reparto psichiatrico intensivo.

Quando gli venne domandato quale fosse il suo problema, rispose che non aveva commesso nessun crimine, anzi, era stato troppo buono e saggio. Colpa della sua ansia da prestazione se era andato in tilt. Un altro problema era la sua difficoltà ad avere fiducia nelle donne, "ma non era gay". Secondo lui, le cose avevano cominciato ad andare male alcune settimane prima, la notte del 30 ottobre, all'hotel "Heartbreak" a Stoccolma, dove era andato con alcuni colleghi del lavoro appena iniziato. Andreas aveva litigato con il nuovo capo anche se non voleva criticarlo. Al bar gli era stato dato un drink "avvelenato con cocaina", e si era sentito perseguitato da agenti segreti stranieri. Alcuni giorni dopo questo episodio, doveva firmare un contratto per un appartamento con la sua nuova ragazza.

³ Becker, 1997; Brody, 1987; Dreifuss-Kattan, 1990; Flick, 1991; Kleinman, 1988; Verres, 1986.

⁴ 3 uomini e 3 donne, età media 27 anni (22-30).

⁵ 4 uomini e 2 donne, età media di 39 anni (da 27 a 47), tempo medio dall'osservazione del primo episodio psicotico di 11 anni (6-18), 5 casi di schizofrenia con caratteristiche paranoide e 1 caso di psicosi ciclotimia con deliri religiosi.

⁶ 36 interviste nel gruppo del primo-episodio e 32 nel gruppo dei cronici.

⁷ PTI Coding Manual; Ginger, Werbart, Levander, & Sahlberg, 2001; Werbart & Levander, 2005; 2006.

Andreas pensava che tutta la storia fosse iniziata di fatto il 28 gennaio dello stesso anno a Copenhagen, quando la società per cui lui lavorava era stata venduta alla società rivale. Nello stesso momento in cui aveva scoperto che la sua ragazza, proprio nello stesso periodo, gli era stata infedele per otto mesi con un uomo più anziano, che lavorava come agente segreto. Andreas disse che lei lo tradiva malgrado lui le “fosse stato fedele peggio di un cane”. Pensava che gli sarebbe stato utile “far fuori” da solo tutti quegli elementi dolorosi, elaborarli per conto suo, per poi dimenticarsene.

Sei mesi più tardi, Andreas disse all'intervistatore che non aveva avuto più alcun problema e che non soffriva più della sua pregressa psicosi. Pensava di non essere affetto da alcuna malattia, e di essere tornato se stesso, sano e salvo. Il 28 gennaio dell'anno dopo i problemi erano spariti, proprio il giorno dell'anniversario della scoperta del tradimento della sua ragazza.

Quell'incidente aveva ancora un posto di importanza strategica nel sistema di spiegazioni di Andreas, mentre l'idea del drink avvelenato era svanita.

Nella seconda intervista, invece, Andreas ha una nuova teoria circa le vere ragioni del problema: “la teoria dell'armadio”. Cioè, quando venne a conoscenza di essere stato tradito dalla sua ragazza, cancellò l'intero episodio, mettendo il “fantasma nell'armadio”. Fu obbligato ad usare tutta l'energia che aveva in corpo per tenere chiuso quel fantasma. Il breakdown psicotico ebbe la meglio su di lui quando il suo corpo non fu più abbastanza forte da fare da contrappeso, perchè la porta dell'armadio non si aprisse. Questo successe a causa di nuove richieste e nuove tensioni nella vita, così che il fantasma poté uscire e lo catturò.

Nel suo racconto il breakdown psicotico appare come un fallimento del tentativo di autocura. Rinchiudere di nuovo il fantasma nell'armadio era l'unica cura possibile. Andreas riuscì a farlo nell'anniversario della scoperta del tradimento della sua ragazza.

Nella terza intervista, un anno e mezzo dopo, Andreas disse che “molto tempo prima” era improvvisamente diventato psicotico senza sapere cosa gli stesse succedendo.

Era stato veramente molto male, ma adesso si sentiva bene e senza problemi psicologici.

Tutto ciò apparteneva al passato. Naturalmente il fatto aveva comportato alcuni problemi pratici legati al suo trasferimento nel sud della Svezia, ma erano un tipo di problemi che chiunque poteva avere.

Le sue teorie private riguardavano ancora l'infedeltà della fidanzata e l'accumulo di fattori di stress nel periodo in cui era esplosa la psicosi, e la sua “teoria dell'armadio” era correlata da nuove metafore.

Era determinato a considerare gli anni con la sua precedente ragazza “come un capitolo chiuso”. Adesso capiva che “doveva scrivere nuove pagine sulla sua vita con N”, la sua nuova ragazza, mentre “il libro con la sua precedente ragazza doveva rimanere nella libreria”.

Il terapeuta si era fatto l'idea che l'esplosione psicotica di Andreas era stata determinata dallo stato di stress: il nuovo lavoro, la decisione di traslocare in un nuovo appartamento con una nuova ragazza, e così via. Il terapeuta pensava che la tendenza alla psicosi datasse dal momento della delusione procurata dalla sua ex ragazza, l'anno precedente, che lui non era stato capace di controllare. I problemi erano ovviamente anche connessi con la personalità di Andreas che pretendeva molto da se stesso. Una personalità “tipica dell'estremo nord della Svezia”.

Il terapeuta pensava che la “network terapia”, un supporto per un migliore approccio alla realtà, e una cura farmacologica avrebbero aiutato il paziente.

Sei mesi più tardi, il terapeuta pensava che Andreas dovesse esprimere e mettere da parte i sentimenti dolorosi e difficili che si erano accumulati in lui dopo la separazione. Il terapeuta aveva adottato la teoria di Andreas “del fantasma nell'armadio”, anche se parlava di chiudere “un cadavere” invece che “un fantasma”. Diciotto mesi dopo, terapeuta e paziente non erano più in contatto, ma il terapeuta a quel punto era convinto che Andreas dovesse necessariamente “chiudere la porta dell'armadio”, e sperava che nel futuro Andreas diventasse capace di farlo.

C'era una concordanza quasi totale tra le idee di Andreas e quelle del suo terapeuta, sui modi di formulare i problemi e le teorie di riferimento sulla patogenesi. Malgrado ciò, nella prima intervista, i due avevano avuto idee contrapposte a proposito della cura. Andreas voleva liberarsi dei sentimenti dolorosi e rielaborarli da solo, mentre il suo terapeuta voleva rafforzare la sua rete sociale di lavoro e la sua capacità di testare la realtà. Voleva anche che Andreas assumesse dei farmaci. Sei mesi più tardi i due avevano un comune intento: quello di tenere il “fantasma”, o il “cadavere” chiuso per sicurezza nell'armadio. Le loro teorie sulla cura erano divenute più simili. Nell'ultima intervista, Andreas ed il suo terapeuta erano entrambi convinti che fossero stati gli sforzi di Andreas a determinare la guarigione dalla psicosi. Ambedue a questo punto avevano pensato che Andreas non aveva alcuna difficoltà, tranne gli inevitabili problemi quotidiani, e condividevano l'opinione che per Andreas fosse importante andare avanti, invece che continuare a guardare al passato. Nessuno dei due trovava un valido motivo per continuare il contatto terapeutico, anche se il terapeuta segnalava alcune nuove difficoltà di Andreas, non menzionate prima. Si chiedeva se Andreas avesse sbagliato nel separarsi dalla madre, che aveva avuto dei problemi nel crescerlo dopo un grave incidente stradale. Il terapeuta a questo punto descriveva il suo ruolo nei termini di buon “oggetto” paterno che aveva potuto aiutare Andreas a trovare un maggior equilibrio tra le lotte necessarie in quanto maschio, e i suoi limiti.

La scelta di “linea di condotta” di Axel

Axel era uno studente di 22 anni iscritto ad un corso avanzato di musica classica. Appariva stanco quando arrivò per la prima intervista con la fronte bendata. Molto lentamente ed incoerentemente disse che i suoi problemi erano tutti iniziati la domenica di Pasqua, l'anno in cui camminava nelle strade di Gothenburg, dove avrebbe avuto un'importante performance. Improvvisamente fu invaso da alcuni ricordi e fu sopraffatto da ondate di immagini che riguardavano alcuni fatti del passato, mai risolti. Si era sentito come se non avesse mai lasciato i suoi genitori, anche se era andato via da casa a 16 anni. Una volta tornato a Stoccolma dopo un tour di grande successo, il paziente si era tagliato la fronte con una lama ed era apparso sul palcoscenico in queste condizioni. Per questo fatto era stato ricoverato in ospedale psichiatrico.

Il problema, secondo Axel, consisteva nel fatto di aver perso la capacità di gestire la relazione con i suoi genitori, perché il suo carattere era così, e perché aveva un'immagine negativa di se stesso. Axel aggiunse che aveva una grande ansia e disturbi del sonno.

La prima volta che Axel aveva sperimentato “l'incendio interno” (suo termine), era il gennaio dello stesso anno, mentre si trovava seduto su una sedia, proprio tra le due parti snodabili di un autobus che viaggiava dall'aeroporto di Stoccolma.

In realtà questo “incendio” era iniziato quattro o cinque anni prima, mentre studiava a Gothenburg, dove viveva la sua precedente ragazza. Tutto era diventato troppo, perché il cumulo di problemi personali lo aveva imprigionato e fatto sentire non all'altezza. Di fatto, secondo lui, le sue difficoltà potevano essere fatte risalire ad un episodio capitogli nella sua città, quando lui aveva 14 anni. Il 13 dicembre, giorno della festa di Santa Lucia, Axel si era ubriacato, era stato fermato dai poliziotti, che erano amici di suo padre, ed era stato portato all'ospedale per una grave intossicazione alcolica. L'incidente era stato pubblicato sulle pagine dei giornali locali. Si era sentito malissimo per aver causato al padre una simile vergogna. Axel fece una connessione tra quell'episodio, e il fatto di essere stato bersaglio della sua classe elementare, alcuni anni prima. L'avevano ridicolizzato, e avevano raccontato delle storie terribili sui suoi genitori, appartenenti ad una classe sociale elevata, tanto diversa da quella degli altri genitori in città. Axel non era stato in grado di difendere i suoi genitori, né di raccontare loro cosa stesse succedendo. L'origine di tutto quel trambusto nasceva, pensava Axel, negli anni prima della scuola, quando un giorno era stato terribilmente umiliato da suo padre, che lo aveva schiaffeggiato con rabbia sulla testa. “Ma i miei genitori erano i soli che avevo” aveva aggiunto Axel.

Il terapeuta descrisse le difficoltà di Axel in termini di tendenza autodistruttiva ed autopunitiva, le cui radici risiedevano nei sentimenti di colpa verso i genitori, ai quali non era stato in grado di dire la verità. Il terapeuta disse che Axel aveva “tagliato fuori la sua storia personale”, e si era chiuso in se stesso. Pensava inoltre che Axel fosse incapace di lottare per farsi riconoscere, e per accettare il suo successo professionale, una sorta di “nevrosi da successo”.

Inoltre il terapeuta raccontò che Axel aveva disturbi del sonno e un grande stato di ansia, sentiva delle voci, e aveva allucinazioni visive di esseri umani che si personificavano. Il terapeuta pensava inoltre che fosse plausibile adottare, in questo caso, la “teoria del deficit” per la mancanza da parte di Axel di fiducia e comunicazione con la famiglia.

Nella prima intervista, Axel ed il suo terapeuta avevano descritto i problemi in maniera simile, ma i loro punti di vista sulle radici dei problemi erano abbastanza divergenti.

Nel suo modo prolisso, Axel trattava alcune cose del passato come se avessero a che fare con il presente, mentre il terapeuta descriveva Axel “tagliato fuori dal suo passato”. Invece di dare importanza all'esperienza di Axel centrata sulla sua incapacità di mantenere una giusta distanza con i genitori, il terapeuta descrisse l'insufficiente comunicazione familiare come causa dell'“arresto evolutivo” di Axel. Il terapeuta considerava le difficoltà nevrotiche di Axel di accettare il successo professionale e la sua ipotetica relazione con i sentimenti di colpa come l'elemento eziopatogenetico più importante che veniva dal passato.

Anche sulle teorie della cura Axel e il terapeuta differivano considerevolmente. Axel disse che doveva imparare ad accettare le sue origini e che doveva trovare un modo per gestire il rapporto con i suoi genitori, dato che era lui il colpevole. Viceversa il terapeuta avanzò l'ipotesi che Axel aveva bisogno del sostegno dei suoi genitori. La cura appropriata sembrava essere una ricostruzione dei legami familiari con una terapia della famiglia. Axel aveva anche bisogno di riposo, di entrare in contatto con la sua infanzia e di ascoltare la sua famiglia parlarne.

Nella seconda intervista, sei mesi dopo, Axel era alle prese con conflitti interni a proposito della sua aggressività. Axel disse che non si arrabbiava apertamente, ma chiudeva la rabbia dentro se stesso, e questo faceva sì che non si piacesse. Il terapeuta descrisse Axel come “perso nella sua vita presente”. Entrambi collegarono i problemi di Axel ad un episodio dell'infanzia, quando era stato picchiato dal padre a 5 anni. Le altre teorie della coppia sulle cause delle difficoltà di Axel, erano molto più divergenti. Il terapeuta credeva che la separazione prematura dai genitori, che Axel “odiava e desiderava”, era stata l'esperienza negativa cruciale, che gli aveva fatto “perdere la sua storia”. Axel sottolineava come avesse smesso di parlare dei genitori dopo che la polizia lo aveva preso. La “depressione connessa al

riconoscimento e al successo” era la teoria del terapeuta, che non aveva riscontro nel racconto di Axel. Come per la cura, ambedue confermavano che il problema con la famiglia dovesse essere esplicitato, ma non suggerivano alcuna strategia a proposito. Malgrado ciò, i due si vedevano due volte alla settimana.

Il terapeuta raccontò come Axel in questo processo “riuscì a creare se stesso grazie al flusso terapeutico”, e divenne ottimista riguardo alla potenziale piena guarigione del paziente. Si disse anche grato “per aver avuto l’opportunità di essere testimone della creatività di Axel”.

Malgrado ciò, pensò che Axel aveva bisogno di una maggiore strutturazione nella vita di ogni giorno, e consigliò la frequentazione di un centro diurno. Axel, d’altra parte, non dimostrò alcun interesse nelle sedute di terapia familiare, o in altre cure in eventuali centri diurni.

Nella terza intervista, un anno e mezzo dopo il “breakdown” psicotico, Axel era preso totalmente dall’opinione negativa di se stesso, opinione che aveva trasformato la sua vita rendendola senza speranza. Soprattutto, si dispiaceva di essere un tipo “così centrato su se stesso”. In questa intervista Axel menzionava un nuovo significativo elemento eziopatogenetico del suo star male.

Una volta aveva fatto una scelta importante che lo aveva portato a diventare “colui che cercava se stesso”. Dopo aver lasciato la casa natale a sedici anni, aveva raggiunto una scuola in un’altra città dove si era sentito libero perché nessuno lo conosceva. Passato un anno, però, aveva deciso di lasciare la scuola per diventare studente di un famoso insegnante di musica nella sua città natale. Ciò significava dover affrontare le stesse difficoltà di prima. Il terapeuta sembrava non rendersi conto dell’importanza di quella scelta, e delle sue conseguenze. Invece era preoccupato delle conseguenze del “deficit congenito nella struttura psicologica di Axel”, “una mancanza depressiva di un qualcosa nella sua testa”, e dell’ “assenza di una organizzazione strutturante”.

Descriveva Axel come depresso, passivo, solo, totalmente perso nel mondo, e pensava che il disprezzo che Axel aveva di se stesso avesse le qualità di un delirio. Il terapeuta dava ancora molta importanza all’effetto negativo della mancanza di sostegno da parte dei suoi genitori.

A questo punto le teorie private sulla cura apparivano come diametralmente opposte anche a livello della superficie. Axel pensava di terminare il trattamento e aveva sospeso l’assunzione delle medicine. Pensava che durante le pause della terapia le cose andassero leggermente meglio, anche in occasione di un congedo per malattia che il terapeuta aveva preso. Ma aveva aggiunto che, se le cose fossero peggiorate, avrebbe dovuto tornare dal terapeuta. Il terapeuta continuava a pensare che fosse necessario una terapia della famiglia, anche se all’inizio le poche sedute in questo senso non si erano dimostrate di aiuto. Pensava che “la cura della parola” sembrava non funzionare con Axel, il quale in effetti peggiorava mano a mano che la terapia avanzava, ma aveva aggiunto che forse loro due avevano bisogno di intensificare la frequenza delle sedute per far funzionare la cura.

A questo punto ambedue sembravano abbattuti, suggerendo svogliatamente misure che erano già state prese senza beneficio apparente. Retrospectivamente, era plausibile pensare che, nella terapia, si era verificato un “reenactement” della situazione originaria di Axel. Nel senso che il terapeuta, come i genitori, non era stato capace di ascoltare Axel in maniera tale da rendergli possibile il racconto dei suoi sentimenti aggressivi e delle sue scelte interne.

Axel di nuovo a quel punto progettava di lasciare tutto e di cercare di stabilirsi altrove. Ciononostante, aveva la sensazione che, come nella vita reale, forse non sarebbe stato capace “di andarsene da casa”. Rifacendo la stessa scelta, forse avrebbe dovuto ritornare dal suo terapeuta, e al suo trattamento psichiatrico. Si manifestò una potenziale apertura quando il terapeuta, nell’ultima intervista, menzionò di non aver mai cercato una supervisione del suo lavoro con Axel, anche se di fatto una tale possibilità c’era.

Nella nostra analisi retrospettiva, crediamo che l’interazione fra i due tipi di teorie abbia rafforzato i conflitti di Axel, impedendogli di trovare nuove soluzioni ai vecchi problemi.

I gironi infernali del cammino di Agnes

Durante un viaggio d’affari in Scozia, Agnes, allora ventottenne, si convinse di avere una missione segreta. Come disse nella sua prima intervista, credeva di essere stata scelta da Dio e dalla Nazioni Unite per trovare una soluzione al problema mondiale dell’inquinamento ambientale. Si vedeva circondata da scenari teatrali preparati per confonderla. Durante un viaggio solitario in montagna ebbe un’esperienza “mistica” di levitazione, e di acquisizione di una totale chiarezza, quando associò improvvisamente la sua angoscia a un orribile ricordo dell’infanzia. Aveva sette anni quando sua madre era rientrata dall’ospedale con un nuovo bambino, stanca dopo il parto, ammalata di bronchi e di tonsille. Quando la nonna, soldato nell’ “Esercito della Salvezza”, che la capiva e c’era sempre, lasciò improvvisamente la casa, e lei rimase sola con il suo patrigno ubriaco e aggressivo. Agnes si convinse che lui fosse lì per strangolarla e ucciderla.

Secondo la sua prima teoria privata, l’origine dei problemi era la mancanza di amore nel suo “ambiente familiare”, fatto, questo, alla base anche del problema mondiale dell’inquinamento ambientale. “La sua mamma immatura non poteva più gestirla”, così, quando Agnes ebbe cinque anni, dovette andare a vivere con l’amata nonna, che poi perse quando fu obbligata a tornare a vivere con la madre incinta ed il

patrigno. Agnese credeva che nessun genitore al mondo fosse capace di capire i bisogni e i diritti dei bambini. "I bambini non ricevono mai l'amore di cui hanno bisogno" disse, e "l'orrore viene spesso confuso con l'aggressione ed il male". "Solo i bambini e i pazzi possono capire i misteri di un mondo maligno pieno di paure e di mancanza d'amore....governato da un serial killer". Per quanto riguardava la cura, Agnes disse che voleva essere libera di poter respirare, di lavorare contro il male del mondo, e di contribuire al rispetto dei diritti dei bambini.

Secondo il primo terapeuta, ad Agnes, durante il suo viaggio in Scozia, erano successe troppe cose contemporaneamente: per questo era diventata psicotica. Agnes si era accorta di un accordo in affari scandaloso, così, immediatamente, era stata invasa da più sentimenti e pensieri di quanti ne potesse sopportare. Il background risiedeva nella rigidità della sua organizzazione della personalità, usata come difesa contro l'ansia, conseguenza della sua infanzia insicura. Agnes non riusciva a distinguere fra fantasia e realtà, e aveva bisogno di tempo, flessibilità, accessibilità agli altri, di caute domande, di rispetto, e di uno sbocco per la sua intelligenza brillante e per la sua forza. Aveva anche bisogno dell'aiuto del suo terapeuta per lavorare alle esperienze dolorose del breakdown psicotico, e per elaborare la settimana traumatica di cure psichiatriche coercitive prima di arrivare al centro. Il terapeuta pensava che, se Agnes avesse potuto fare un "atterraggio dolce dalla psicosi", la sua personalità si sarebbe arricchita e sarebbe stata capace di acquisire un contatto migliore con i suoi sentimenti.

Sei mesi dopo, Agnes pensava di essere stata con il terapeuta sbagliato nel posto sbagliato, dove nessuno credeva al racconto che faceva di ciò che le era successo in Scozia. Era caduta in una trappola, qualcuno aveva ridotto l'intera sua vita in pezzi, e lei si sentiva molto sola.

"E' possibile esporre una persona ad esperienze che sembrano psicotiche" disse, e aggiunse che qualcuno aveva cercato di portarla alla pazzia. La cosa più importante adesso era di chiarire cosa era realmente accaduto: questa "era l'unica cosa" da fare. Pensava che il nuovo terapeuta fosse una controparte sana nel dialogo, e che lui fosse schierato dalla sua parte. Ma forse l'avrebbe aiutata il viaggio nella vecchia Indocina, e trovare un posto caldo nella foresta, perché lei congelava a morte in questo paese.

Il nuovo terapeuta condivideva il punto di vista di Agnes sulla sua necessità di dialogo con una persona che, come sua nonna, potesse capirla, potesse rispettare le sue esperienze piuttosto che esercitare coercizione o mettere in discussione se le sue idee fossero vere o false. Le sarebbe stato d'aiuto capire la sua "esperienza Scozzese", momento per momento. Forse avrebbe potuto aiutarla una conversione religiosa "capace di riempire il suo profondo vuoto, e di restituirle una durevole immagine paterna".

Un anno e mezzo dopo, poco prima dell'ultima intervista, ricordi terrificanti che riguardavano la tentata violenza da parte del patrigno invasero Agnes. Nel passato aveva creduto che le sue sorellastre più giovani fossero state vittime di un incesto, mentre lei l'aveva scampato. Ora, però, iniziò a pensare che probabilmente anche lei era stata vittima di un incesto. Forse lei non solo temeva ed odiava il patrigno; forse lo amava anche. Ora pensava di dover "integrare se stessa come persona con l'unicità della sua storia". Aggiunse che una volta aveva vissuto per alcuni periodi con la nonna, quando sua madre non era più in grado di tenerla. La nonna, purtroppo, era morta alcuni anni prima del viaggio fatale in Scozia. Agnes allora aveva capito di aver commesso un grave errore quando si era appoggiata alla nonna come all'"unico rifugio sicuro, invece di cercare appoggio in rifugi diversi". Durante l'ultima intervista, Agnes per la prima volta riferì esperienze anche positive con la madre. Agnes era stata una "mascotte" per la sua mamma "incredibilmente immatura". Quando sua madre incontrava dei signori nei ristoranti, Agnes raccoglieva molte attenzioni e si sentiva come la figlia di un'attrice quando quei signori facevano per lei anche giochi di magia.

Il nucleo forte della teoria di Agnes a proposito della cura, durante la terza intervista, era centrato sul suo secondo terapeuta, anche se il loro contatto era terminato sei mesi prima. Quando descriveva la loro relazione, usava metafore prese dalla letteratura classica.

Come Virgilio in Dante, il terapeuta aveva accompagnato lei, la sua Beatrice, fino a trovare la sua strada dopo aver attraversato i gironi dell'Inferno. Accompagnata da lui, lei aveva attraversato acque profonde di sentimenti orribili ma affascinanti, mantenendo un certo senso d'orientamento malgrado la fatica e il dolore. Anche se loro due non erano mai veramente approdati a niente, e lei aveva dovuto abbandonarlo, lui sarebbe rimasto dentro di lei come "un gigante saggio con i suoi piedi piantati per terra anche se radicati in cielo". Agnes disse che l'unica scelta possibile era di terminare la terapia e di lasciarlo, in quanto non poteva ancora una volta "contare su un solo rifugio sicuro". Dopo essersi spostata in un'altra città, Agnes trovò un'altra via orientandosi verso la religione e la lettura dell'"Inferno" di Strindberg.

Le teorie sulla cura del secondo terapeuta erano state, per molti aspetti, complementari a quelle di Agnes. Lui aveva immaginato che il suo compito fosse quello di starle al fianco, per scortarla nelle peregrinazioni, condividendo con lei anche le allusioni letterarie come modo di muoversi parallelamente al pensiero psichiatrico. Lui disse che era il suo partner, che divideva con lei il suo mondo interiore, e la guidava mentre lei faceva l'esperienza di una doppia realtà. Il terapeuta pensava inoltre che Agnes avesse bisogno di ritrovare la strada verso le rappresentazioni interne della nonna e di Dio. Il fatto decisivo per lo sviluppo positivo della cura, era stato, secondo il terapeuta, il cogliere l'esistenza di un lutto patologico e di una depressione dietro la paranoia.

Discussione

Sviluppo delle teorie private nei due gruppi di pazienti

La nostra ricerca ha confermato che tutti i pazienti ed i loro terapeuti hanno creato sistemi esplicativi impliciti più o meno elaborati. Le teorie private sia del primo episodio sia dei pazienti psicotici cronici si sono concentrate attorno a contesti psicologici chiari e comprensibili, anche se possono essere state formalmente incoerenti. Più della metà dei pazienti ha indicato circostanze traumatiche nella prima infanzia, come l'umiliazione di Axel a 5 anni, quando il padre lo aveva picchiato con rabbia in testa, o l'essere cresciuta di Agnes con sua "madre incredibilmente immatura" e l'aggressione sessuale del patrigno. Altri hanno collocato il trauma in un passato recente, come la scoperta di Andreas del tradimento della sua fidanzata con un agente segreto.

La maggioranza dei pazienti al primo episodio psicotico ha lavorato inizialmente su teorie parallele multiple, senza cercare di integrarle. È stato dato un gran significato a condizioni incidentali accadute appena prima del breakdown psicotico, e sono stati fatti collegamenti significativi con episodi cruciali delle prime fasi della vita. Tipico è stato anche il disorientamento nello spazio e nel tempo. Molti pazienti non sapevano che direzione prendere e si muovevano tra posti geograficamente significativi. Spesso le difficoltà nelle relazioni con gli oggetti primari e con i loro rappresentanti sono state esternalizzate, come la bevanda avvelenata, la giusta distanza dai genitori, e il problema mondiale dell'inquinamento ambientale. I sistemi esplicativi dei pazienti hanno spesso centrato alcune metafore nucleari, come il "fantasma nell'armadio" nel caso di Andreas, qualcosa che "s'incendia" nel caso di Axel, o "vagare nei gironi infernali" nel caso di Agnes. Tali metafore contribuiscono alla ricostruzione di un contesto di significato dopo il breakdown psicotico.

I pazienti psicotici al primo episodio hanno più teorie sui loro problemi rispetto ai pazienti psicotici cronici. In questo ultimo gruppo dei pazienti cronici le teorie sono state meno coerenti, ed era stupefacente quanto fosse ancora vivida la loro narrativa quando parlavano delle circostanze che avevano preceduto il primo episodio psicotico. La nostra ricerca indica che la costruzione di sistemi esplicativi impliciti non finisce mai. È un processo che perdura nei successivi breakdown psicotici. Dettagli minori delle teorie e il peso relativo delle diverse spiegazioni parziali cambiano nel tempo, mentre gli elementi di base sembrano essere notevolmente stabili. Inoltre, il nostro materiale ci mostra che i pazienti conservano le loro teorie iniziali con un grado maggiore rispetto ai loro terapeuti.

Due modelli di guarigione dalla psicosi.

Si possono individuare due differenti strategie per recuperare un senso di coerenza dopo il collasso del significato nei casi come quelli inclusi in questa ricerca. Per alcuni pazienti, l'esperienza psicotica vista retrospettivamente rappresenta un *buco* nel contesto della significatività che ha bisogno di essere *incapsulato* o un *abisso* che deve essere *attraversato* oppure *sigillato*, - in modo da lasciare l'incomprensibile ed il terrificante alle spalle, e girare verso un'altra direzione. In questi casi, la narrazione diventa meno conflittuale e viene usato del nuovo materiale per confermare una spiegazione ancora più schematica e rigida. Altri pazienti cercano di integrare l'esperienza psicotica in un contesto di significatività preesistente. Tali narrazioni integrative non sono presenti dal principio, e spesso accumulano più materiale delle precedenti versioni riguardo ai conflitti vecchi e a quelli attuali. Così la ricerca conferma la distinzione tra *sigillare* ed *integrare* come due differenti percorsi di guarigione dalla psicosi, originariamente formulata da McGlashan negli anni '70⁸.

La strategia del *sigillare* è illustrata dal caso di Andreas. Sia il paziente sia il suo terapeuta hanno trovato sollievo nella loro *"teoria dell'armadio"* condivisa. Nell'intervista finale Andreas ha ricordato come a volte sentiva un dolore al petto, nel fissare la vastità dell'acqua che separava la Danimarca dalla Svezia. Sembra che l'esperienza del terribile inganno subito da parte della precedente fidanzata danese infedele fosse rimasta non modificata, collocata da qualche parte dall'altra parte dello Stretto.

Il caso di Agnes e del suo secondo terapeuta è un buon esempio di strategia alternativa di integrare l'esperienza psicotica in un contesto significativo, parallela alla rivalutazione dolorosa delle costruzioni precedenti. C'erano, però, alcune differenze nelle teorie complementari di patogenesi e cura tra lei e il suo secondo terapeuta. Agnes si riferiva al suo errore di affidarsi ad *"un unico dispositivo di sicurezza"* nella vita, mentre il suo terapeuta si riferiva ad una depressione sottostante la sua paranoia. La letteratura

⁸ Levy, McGlashan & Carpenter, 1975; McGlashan, 1982; McGlashan, Docherty & Siris, 1976; McGlashan Levy & Carpenter, 1975.

classica e le credenze religiose erano viste da entrambi come una terapia. Però, il fattore più importante era la loro esperienza condivisa mentre attraversavano i gironi infernali.

Nel caso di Axel e del suo terapeuta le teorie sulla cura contenevano strategie contraddittorie. Axel sembrava voler integrare la sua esperienza psicotica in un contesto significativo cercando di capire le sue scelte importanti di percorso della sua vita, ed i suoi sentimenti contraddittori verso il padre ed altre figure paterne. Però non sembrava ottenere nessun aiuto in questo compito ed il suo tentativo di integrazione era finito in un nuovo fallimento. Il terapeuta, da parte sua, aveva cercato di coprire o sigillare quello che era incomprensibile andando in cerca degli elementi deficitari e vedendo un “*flusso creativo*” in ciò che Axel cercava di comunicare.

E' degno di nota che le storie raccontate da Axel di fatto coprivano solo l'anno prima del crollo e molto poco veniva raccontato da lui o dal suo terapeuta sulle precedenti esperienze di vita. In contrasto, le narrazioni dei pazienti che cercano un'integrazione, come Agnes e Andreas, includevano le esperienze di vita dalla prima infanzia fino al giorno presente, gli episodi passati e presenti collegati da sottili nessi associativi.

Differenze tra le teorie private del paziente e del terapeuta

Che cosa possiamo dire delle differenze tra le teorie private del paziente e del terapeuta? Sorprendentemente i problemi nella maggior parte dei casi tendono a essere descritti in modo simile. D'altra parte, le teorie sulla situazione antecedente i problemi spesso divergevano. Le teorie della cura, in genere collegate a quelle sulla situazione antecedente, divergevano anche di più, fino ad arrivare al punto che i terapeuti ed i pazienti presentavano punti di vista totalmente contrari (come nel caso di Axel). Quello che il paziente pensava sarebbe stato bene per lui o per lei, veniva considerato cattivo o inadeguato dal terapeuta, e viceversa. Esempi di teorie private che da un punto di vista psicoanalitico potevano sembrare collusive⁹, per esempio la “teoria dell'armadio” sostenuta da Andreas e dal suo terapeuta, si sono ritrovate anche nel resto del nostro materiale.

Abbiamo anche osservato come le differenze iniziali tra i pazienti ed i terapeuti non sembravano diminuire col tempo, cioè con l'accresciuta possibilità di conoscere il pensiero dell'altro. Nei pazienti psicotici al primo episodio e nei loro terapeuti le differenze erano ugualmente grandi, se non più grandi dopo sei mesi di incontri. Come interpretare queste divergenze e quale è il loro significato nel lavoro con i pazienti psicotici? Solo due dei sei pazienti psicotici al primo episodio sembravano esser guariti dopo sei mesi. (Andreas e Agnes). Questi pazienti avevano dei terapeuti che avevano affermato nelle interviste che, sebbene le loro idee più o meno differissero da quelle dei loro pazienti, non di meno rispettavano il loro sistema esplicativo. Questo non era mai stato esplicitato dagli altri 4 terapeuti.

Nel caso di Andreas entrambi conoscevano le loro differenti opinioni. Nella seconda intervista erano anche d'accordo col fatto che poteva essere pericoloso per Andreas esplorare ciò che era nascosto “*nell'armadio*” e che, conseguentemente, dovevano terminare il loro rapporto.

Agnes aveva sperimentato il suo primo terapeuta come non rispettoso delle sue esperienze, ma piuttosto come uno che cercava di convincerla che le sue costruzioni di significato erano sbagliate e malate. Con il suo secondo terapeuta, aveva un dialogo continuo sulle somiglianze e differenze dei loro punti di vista. Nell'ultima intervista aveva riferito che avrebbe mantenuto il suo terapeuta dentro di sé come un *gigante saggio*, piuttosto che “affidarsi ancora una volta ad un *unico dispositivo di sicurezza*”. Di conseguenza doveva lasciarlo e terminare la terapia.

In contrasto con questi due casi, gli sforzi di Axel per capire le sue esperienze nella vita e per gestire i suoi sentimenti conflittuali non erano mai stati accolti dal terapeuta, e 18 mesi dopo il primo episodio psicotico Axel era ancora in uno stato di disintegrazione psicotica¹⁰.

Implicazioni cliniche

Il nostro studio suggerisce che i racconti dei pazienti psicotici contengono una conoscenza implicita riguardo al processo psicotico. In questo modo seguiamo l'ipotesi originale di Freud secondo la quale le teorie implicite dei bambini e dei pazienti psicotici contengono sempre un *nocciolo di verità*. (Freud, 1908; 1911; 1937). Un ascolto aperto del pensiero proprio del paziente aumenta la possibilità di ottenere informazioni utili riguardo al contesto psicologico dello scompensamento psicotico. Questa è una conoscenza che non possiamo ottenere dalle nostre personali teorie ed esperienze, (come i pensieri del terapeuta sulla *personalità nordica* di Andreas e la *nevrosi da successo* di Axel). Il veleno nel bicchiere all'Hotel Heartbreak acquista un altro significato quando si diventa consapevoli del fatto che il vecchio rivale danese di Andreas lavorava per una compagnia rivale come uomo della sicurezza. Il taglio alla fronte di Axel acquista un significato specifico quando si considera il pugno di suo padre sulla testa per qualcosa che

⁹ Con collusione ci riferiamo alle teorie private che sono simili nel contenuto e comprendono temi confrontabili visti dallo stesso punto di vista, mentre allo stesso tempo entrambi evitano alcune aree ritenute problematiche.

¹⁰ La differenza del risultato per questi 3 casi è rimasta immutata al follow up dopo 5 anni.

Axel aveva fatto a 5 anni. Similmente le preoccupazioni di Agnes per l'inquinamento atmosferico, i misteri di un mondo folle e malvagio ed i diritti dei bambini acquistano una dimensione molto concreta quando si pensa alla sua terrificante scoperta che lei, come sua sorella, avrebbe potuto essere stata esposta all'aggressione sessuale del patrigno.

Con il paziente psicotico abbiamo bisogno di creare un sentimento di temporalità e un'esperienza di storia comune al di fuori di una condizione di assenza di tempo e di eterna ripetizione. Il nostro compito è quello di stabilire un rapporto che non può essere distrutto, in cui il terapeuta si pone come un oggetto primario meno devastante e più integrato (Werbart & Lindbom-Jacobson, 2001). In questo processo le teorie private del paziente possono essere usate come fonte di informazioni cliniche rilevanti, che ci aiutano a prestare attenzione sia alla tenacia con cui il paziente si aggrappa alla malattia (Searles, 1967a), sia agli attacchi distruttivi del paziente alla sua capacità di percepire, sentire e pensare (Bion, 1967). Ascoltare le teorie private del paziente può fornire un contributo sostanziale ad un attento monitoraggio del potere seduttivo delle soluzioni psicotiche. Può anche aiutare il clinico ad evitare la trappola di diventare il *medico oblativo* (Searles, 1967), totalmente responsabile della malattia del paziente, capace di salvare il paziente dal mostro feroce della schizofrenia e inconsapevole dei sentimenti di odio o rabbia verso il paziente.

Vorremmo sottolineare qui che questa conclusione è valida non solo per la psicoterapia psicoanalitica, ma anche per tutte quelle forme di terapie di sostegno, e non è limitata ai pazienti che cercano l'integrazione, come Agnes e Axel. Di fatto, il caso di Andrea ben rappresenta il significato di un tale dialogo nei casi di successo della strategia di *sigillare*.

(Traduzione di Claudia Peregrini e Simonetta Diena)

Questo lavoro è stato pubblicato nella sua forma estesa su *Bulletin of the Menninger Clinic* (69-2, 103-136), la sua traduzione in italiano è disponibile presso il Centro Milanese di Psicoanalisi.

BIBLIOGRAFIA

- Abend, S. (1979). Unconscious fantasy and theories of cure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 579-596.
- Alexander, F. (1946). The principle of corrective emotional experience. In F. Alexander, T. M. French, et al. *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (pp. 66-70). New York: Roland Press.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco & London: Jossey-Bass.
- Arieti, S. (1963). The psychotherapy of schizophrenia in theory and practice. In *Psychiatric Research Report No. 17*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arieti, S. (1979). *Understanding and helping the schizophrenic: A guide for family and friends*. New York: Basic Books.
- Arlow, J. A. (1981). Theories of pathogenesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 488-514.
- Arlow, J. A. (1986). The relation of theories of pathogenesis to psychoanalytic therapy. In A. D. Richards & M. S. Willick (Eds.), *Psychoanalysis: The science of mental conflict* (pp. 49-63). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Aron, L. (1990). One-person and two-person psychologies and the method of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 475-485.
- Bion, W. (1967). *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. London: Heinemann.
- Balint, M. (1932). Character analysis and new beginning. In *Primary love and psychoanalytic technique* (pp. 159-173). London: Karnac, 1985.
- Becker, G. (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press.
- Brenner, C. (1996). The nature of knowledge and the limits of authority in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 21-31.
- Brody, H. (1987). *Stories of sickness*. New Haven: Yale University Press.
- Capozzi, P. & De Masi, F. (2001). The meaning of dreams in the psychotic state: Theoretical considerations and clinical applications. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 933-952.
- De Masi, F. (2000). The unconscious and psychosis: some considerations on the psychoanalytic theory of psychosis. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 1-20.
- Dreifuss-Kattan, E. (1990). *Cancer stories: Creativity and self-repair*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fenichel, O. (1928). Some infantile sexual theories not hitherto described. *International Journal of*

- Psychoanalysis*, 9, 346-352.
- Fenton, W. S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 47-72.
- Flick, U. (Ed.) (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* [Everyday knowledge of health and illness: Subjective theories and social representations]. Heidelberg: Asanger.
- Freud, S. (1899). Screen memories. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 303-322). London 1962: Hogarth Press.
- Freud, S. (1908). On the sexual theories of children. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 207-226). London 1959: Hogarth Press.
- Freud, S. (1909). Family romances. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 235-241).
- Freud, S. (1911). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 9-82). London 1958: Hogarth Press.
- Freud, S. (1937). Constructions in analysis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 255-269). London 1964: Hogarth Press.
- Frommer, J. & Langenbach, M. (2001). The psychoanalytic case study as a source of epistemic knowledge. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 50-68). Lengerich, Germany: Pabst.
- Frosch, J. (1983). *The psychotic process*. New York: International Universities Press.
- Ginner, H., Werbart, A., Levander, S., & Sahlberg, B. (2001). Tillförlitlighet i studier av subjektiva förklaringsystem: Ett kodningssystem för privata teorier om patogenes och kur [Reliability in studies of subjective explanatory systems: A coding system for private theories of pathogenesis and cure.] *Psykoterapi: Forskning och utveckling*, Report 19. Stockholm: Section for Psychotherapy and Institute of Psychotherapy.
- Goldberg, S. H. (1991). Patients' theories of pathogenesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 60, 245-275.
- Goldberg, S. H. (1994). The evolution of patients' theories of pathogenesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 54-83.
- Grotstein, J. S. (1978). Inner space: Its dimensions and its coordinates. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 55-61.
- Grotstein, J. S. (1986). The psychology of powerlessness: Disorders of self-regulation and interactional regulation as a newer paradigm for psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 6, 93-118.
- Grotstein, J. S. (1990). The "black hole" as the basic psychotic experience: Some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, 29-46.
- Grubrich-Simitis, I. (1996). *Back to Freud's texts: Making silent documents speak*. New Haven and London: Yale University Press.
- Haddock, G., Tarrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C., & McCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review*, 18, 821-838.
- Hamilton, V. (1996). *The analyst's preconscious*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999a). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 677-692.
- Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999b). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- Jones, E. E. (1997). Modes of therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1135-1150.
- Katan, M. (1954). The importance of the non-psychotic part of the personality in schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 119-128.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kris, E. (1956). The personal myth. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 653-681.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: Introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lambert, M. J., ed. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed. New York: Wiley.
- Levy S. T., McGlashan, T. H., & Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing-over as recovery styles from acute psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 307-312.

- Loewald, H. W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 16-33.
- Loewald, H. W. (1973). On internalization. *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 9-17.
- McGlashan, T. H. (1982). DSM-III schizophrenia and individual psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 752-757.
- McGlashan, T. H., Docherty, J. P., & Siris, S. (1976). Integrative and sealing-over recoveries from schizophrenia: distinguishing case studies. *Psychiatry*, 39, 325-338.
- McGlashan, T. H., Levy, S. T., & Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.
- Meissner, W. W. (1984). Models in the mind: Role of theory in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 5-32.
- Michels, R. (1985). The therapeutic action of psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 21, 320-324.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1994a). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Ogden, T. H. (1994c). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden, T. H. (1994b). The concept of interpretive action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 219-245.
- Ogden, T. H. (1995). Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 695-709.
- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: implications for psychoanalytic theory and practice. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 167-195.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Rector, N. A., & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Resnik, S. (1995). *Mental space*. London: Karnak Books.
- Rogan, A. (2000). "Moving Along" in psychotherapy with schizophrenia patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 157-166.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: It's current practice, implications, and theory*. Boston 1965: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenfeld, D. (1992). *The psychotic: Aspects of the personality*. London: Karnac Books.
- Rosenfeld, H. A. (1965). *Psychotic states: A psychoanalytic approach*. London: Hogarth Press.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 35-46.
- Sandler, J. (1987). Sexual fantasies and sexual themes. In *From safety to super-ego: Selected papers of Joseph Sandler* (pp. 121-126). London: Karnac.
- Schafer, R. (1992). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Searles, H. F. (1967a). The schizophrenic individual's experience of his world. In *Countertransference and related subjects: Selected papers* (pp. 5-27). New York: International Universities Press, 1979.
- Searles, H. F. (1967b). The "dedicated physician" in the field of psychotherapy and psychoanalysis. In *Countertransference and related subjects: Selected papers* (pp. 71-88). New York: International Universities Press, 1979.
- Segal, H. (1991). *Dream, phantasy and art*. London: Routledge.
- Selzer, M. A., Sullivan, T. B., Carsky, M., & Terkelsen, K. G. (1989). *Working with the person with schizophrenia: The treatment alliance*. New York & London: New York University Press.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: Pathological organisations in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York & London: Norton.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiller-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Strauss, J. S. (1992). The person with schizophrenia as a person. In A. Werbart, & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors* (pp. 225-236). Oslo: Scandinavian University Press.

- Strauss, J. S., Harding, C. M., Hafez, H., & Lieberman, P. (1987). The role of the patient in recovery from psychosis. In J.S. Strauss, W. Böker, & H.D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 160-166). Toronto, Bern, & Stuttgart: Hans Huber Publishers.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst: Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen* [Cancer and anxiety: Laypersons' subjective theories of origin, prevention, early signs, treatment, and the psychosocial consequences of cancer disease]. Berlin: Springer.
- Volkan, V. D. (1976). *Primitive internalized object relations: A clinical study of schizophrenic, borderline and narcissistic patients*. New York: Int. Univ. Press.
- Volkan, V. D. (1995). *The infantile psychotic self and its fates*. Northvale, NJ & London: Jason Aronson.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Werbart, A. & Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 103-136.
- Werbart, A. & Levander, S. (2006). Two sets of private theories in analysts and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 108-127.
- Werbart, A., & Lindbom-Jakobson, M. (2001). The "living dead" – survivors of torture and psychosis. In P. Williams (Ed.), *A Language for psychosis: Psychoanalysis of psychotic states* (pp. 98-114). London: Whurr Books.
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. In *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1975, pp. 145-156.
- Winnicott, D. W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up. In *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 278-294). London: Hogarth Press, 1987.
- Yin, R. K. (2002) *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Newbury Park: Sage Publications.