



Indtryk fra Masterclass med psykoanalytiker Nancy McWilliams

24.-25. maj 2011

Et arrangement i samarbejde med Institut for Psykoterapi af Personlighedsforstyrrelser (IPPF)

Birgit Bork Mathiesen (om tirsdagen) og Morten Hesse (om onsdagen) fra IPTP's bestyrelse har nedenfor gjort et helhjertet forsøg på at gengive nogle af de temaer og indsigter, der blev formidlet ved dette arrangement. Formiddage var der fokus på teorier om personlighed og personlighedsforstyrrelser, mens eftermiddagene gik med fremlæggelse af cases, som Nancy (blandt venner) siden reflekterede over.

Dag 1

Personlighedsstruktur, herunder psykisk sundhed og sygdom

Nancy er meget klar i mælet og indleder med at slå følgende fast: Fokus på evidens, 'best practice' osv. kan have en ikke-ønskelig effekt på vores forståelse af og indlevelse i individualitet, personlighedsforskelle osv. og i sidste ende vores måde at forholde os til klienterne på. Den deskriptive, psykiatriske tilgang afløste en dimensional/inferential forståelse, der var fremherskende op til 1980. Det skete i forbindelse med DSM-revisioner, som var udløst af behov for forskning, der jo kræver en fælles taxonomi, når man diagnosticerer. Hvis dette bliver den eneste tilgang, vil det have uønskede effekter på udbyttet af terapi a la 'one type fits all'. Temperament, omsorgsrelationer, forsvarstyper, social og familiær tilknytning og kulturelle forskelle afspejler en kompleks og subjektiv individualitet, der ikke kan imødekommes med en manualiseret tilgang. Vi ønsker at basere terapi på evidens og forskning, men det er ikke det samme som at udføre terapi, som om det er forskning. Nancy, Leslie Greenberg og Judith Beck har haft terapi med samme klient filmet: Greenberg og Nancy mente et umiddelbart hypomant forsvar dækkede over en underliggende depression, hvortil Judith sagde 'jamen hun scorede kun (...) på Beck Depression Inventory'. Nancy slår fast: 'You can have no symptoms and feel terrible, and you can have plenty of symptoms and feel okay'. Og: 'Short term therapy' med afgrænsede problemstillinger kan ikke sammenlignes med mere komplekse problemstillinger.

Der er i forhold til outcome fundet, at betydningsfulde bidrag kommer fra 'personal factors', herunder terapeutens varme og evne til at skabe en god alliance. Vi diskuterer therapyper, men burde forske i terapeut og klienttyper, siger Nancy. Teknisk viden og erfaring må integreres med vores individuelle autentiske måde at være på i relation til individuelle klienter. Pointen er altså, hvilke klienttyper er hvilke therapyper bedst matchet med?

Herefter tager Nancy fat på historik og diagnostik, begyndende med Kraepelin: På hans tid skelnede man mellem psykisk sund (normal) eller psykisk syg (sane or insane), hvilket kom til at svare til neurotisk vs. psykotisk. Sidstnævnte var skizofreni eller mani-depressiv lidelse. Førstnævnte var både hysterikere, mange i dag svarende til PTSD, fobikere, tvangsneurotikere og andre personlighedsforstyrrede. For at illustrere hvordan symptomer må vurderes ud fra en større helhed vælger Nancy to eksempler. Først neurose: En universitetsstuderende kvinde henvender sig og fortæller, hun er stresset siden studiestart og er begyndt at kaste op for at kontrollere sin vægt - hun vil være hurtig at kurere, idet hun har indsiget i årsag og dynamikken bag og vurderes ikke personlighedsforstyrret. En anden i tilsyneladende tilsvarende situation tager det mange timers samtale med, før det dukker op, at hun kaster op for at kontrollere sin vægt, hvilket hun lærte af sin mor, da hun var syv, og det mener hun da ikke er noget problem - her tager det lang tid at nå frem til en indsigt og arbejdet med de bagvedliggende dynamikker - hun vil altså høre til kategorien personlighedsforstyrret.

Borderlinediagnosen udsprang af klienter, der kom på hospitalet og virkede psykotiske efter en voldsom livsbegivenhed. Patienterne blev ikke-psykotiske så snart de kom ind i trygge, stabile rammer i behandlingssystemet, men i stedet kom deres konflikter til udtryk over for omgivelserne (Nancy henviser til artiklen 'The Ailment' fra 1957). Hvis man undersøgte patienterne med MMPI eller WAIS (strukturerede tests) fremstod de normale/neurotiske, men undersøgt med Rorschach eller andre ikke-strukturerede tests virkede patienterne psykotiske. I 1970'erne kom der bøger om borderline, fx skrevet af

John Gunderson, Kernberg og Masterson. Med DSM-III kom personlighedsforstyrrelserne som en slags appendix 'hvad med personligheden, den må vi også have med'. Fordi Gunderson havde forsket empirisk i fænomenet, blev de første definitioner af borderline reelt en afspejling af den histrioniske, hvilket er den dramatiske borderlinetype.

Her følger en stribe brokker fra Nancys omfattende begrebsopfattelser og historiske viden DSM-III's Borderline Personality Disorder (BPD) står i kontrast til Kernbergs Borderline Personality Organisation (BPO). Dårlig identitetsintegration og primitive forsvar indfanges fx ikke af DSM-diagnosen. Love, work and play-kriterierne for et godt liv ifølge psykoanalysen finder man især hos de velfungerende/neurotiske. Erikson og ego-psykologien formulerede Trust vs. untrust svarer til Tryk eller utryk tilknytning i dag. Man kunne også tale om 'Sense of agency' eller mangel på samme. Andre termer er Self- and object constancy, herunder kontinuitet livet igennem. Splitting vs. good and bad at the same time er andre illustrerende termer, og ego-styrke (Bellak' store bidrag) er meget lig begrebet 'resilience' i dag, dvs. om man kan tilpasse sig til stress eller fx dissocierer. Realistisk eller ustabil 'self-esteem' med 'Self-hatred' (overjeg) vekslede med selvovervurdering, hvor omkostningen bliver følelse af tomhed pga. viden om, at det er falskt, er andre dikotomier. Frihed til at tænke og føle, hvad der er, vil derimod afspejle en rask person. Modsat at oversvømmes og udleve eller have meget begrænset adgang til følelser. Kan man acceptere og se andres subjektivitet er omfattet af begrebet theory of Mind, der er hovedfokus i Fonagy's mentaliseringsteori og -terapi med borderline. W. Reichs teori om kropspanser dukker op flere gange undervejs som et andet ord for rigide forsvarstyper. Nancy illustrerer med en mandlig klient, der fremstod umådeligt alexitym og følelsesforladt, som hun til sidst spurgte: What about sex? Hans svar var: I get the job done. Vitalitetsbegrebet er relevant her med henvisning til Daniel Stern: You can be alive without vitality, siger Nancy, og man ser det især i 'low end' af borderline-organisations-spektrret.

Et mål med terapi er 'acceptance' – frem for at kurere - at kunne sørge over det, der ikke kan ændres. Med henvisning til bl.a. Klein nævner Nancy de 2-åriges individuation-separation, hvor 'jeg kan det hele, hold dig væk' afløses af 'hvorfor hjælper du mig aldrig med det her'. Det ligner meget interaktionen, man har med borderline. Ødipalfasen er vigtig: At forstå at far og mor har en relation, der ikke handler om mig. Gennemleves den tilstrækkeligt godt overvindes den selvstruktur, der er 'self-referential'. Det er ikke lykkedes hos borderlineorganisationen. 'Boundaries' svarer til dels til overføring-modoverføring begreberne og går igen hos Linehan, J. Young og andre omend med andre formuleringer. Som sidste krølle inden pausen nævner Nancy, at 'self confidence and equality' er helt centrale evner, når man skal fungere som terapeut med dårligt fungerende borderlineklienter eller dem med psykotisk personlighedsorganisation. 'Respekt' ligeså i den forstand at kunne 'look up at the patient' - at føle og signalere, man kan og ønsker at lære noget af klienten (her kommer Casement's bog 'Learning from the Patient' i erindring).

Personlighedsmønstre og personlighedsfunktion – implikationer for behandling

Nancy tegner et skema på tavlen og gennemgår en stribe personlighedstyper på henholdsvis psykotisk, borderline og psykotisk organisationsniveau. Hun understreger samtidig, at det er at forsøge ting at tale om 'sund' og 'psykisk syg', idet en principielt normal-neurotisk struktureret kvinde med fobisk personlighed, der forhindrer hende i at forlade sit hjem faktisk er mere 'syg' end mange, der har haft psykotiske sammenbrud. Meget af indholdet trækker på hendes bog om 'Psychoanalytic Diagnoses', som hun er i gang med at få publiceret i en opdateret og revideret udgave. Listen over personlighedstyper omfatter psykopatisk, narcissistisk, schizoid, paranoid, depressive-maniske, masochistisk, ængstelig, dependent-antidependent, phobic-counterphobic, obsessive-kompulsiv, hysterisk, somatiserende, dissociative personality (som hun dog ikke længere er sikker på hører hjemme i listen). Borderlinediagnosen er heller ikke på listen, fordi Nancy mener, det giver mere mening at tale om borderline som organisation (med henvisning til Kernberg) end som kategori. Borderline-tomhedsfølelsen som depressivt symptom bliver der spurgt til fra salen, hvortil Nancy svarer, at tomhedsfølelsen er udtryk for selv-forstyrrelser, der går igen på tværs af alle personlighedstyper organiseret på borderline-niveau, hvilket igen kendetegnes ved at være organiseret om forskellige forsvarskomplekser. Kernberg ser i modsætning til Nancy på personlighedsforstyrrelser og fx deres forsvarstypers niveau. Depressiv, hysterisk, obsessiv-kompulsiv fx ligger som de eneste på neurotisk niveau ifølge Kernberg, mens Nancy finder der ligger mange flere, hvilket skyldes, hun taler om *personligheder*, ikke alene om personlighedsforstyrrelser.

Psykopater, siger hun, kan faktisk godt få noget ud af terapi, hvis terapeuten er klar over, at de ikke kan knytte sig til én ud fra kærlighed, men derimod hvis terapeuten udstråler styrke, der kræver respekt og undlader at have ønsker om at have succes. Find din indre psykopat - ellers kan du ikke arbejde med dem, siger hun. Både psykopater og narcissister har en indre tomhed og 'malignant narcissism' har en stribe psykopatiske træk. Gabbard har identificeret to forskellige typer: Oblivious narcissisten (arrogant, Kernbergs type) vs. hypervigilant (følsom, Kohuts type). Det svarer til Rosenthals 'thick-skinned' vs. 'thin-skinned' narcissist. Kernbergs narcissist er i hans optik patologisk, og det patologiske forsvar (devaluering osv. af terapeuten) skal ifølge ham tolkes og gennemarbejdes. Kohut ser narcissisme som en fiksering (et udviklings-stop) mellem 3-6-års-alderen, dvs. ødipalfasen, som vi alle skal gennemleve, hvor voksne omsorgspersoner skal 'de-idealiseres' med tilstrækkelig idealisering af barnet uden at overridealisere. Kærlighed skal ifølge narcissisten være noget andre (fx partneren) kan regne ud og give uden at narcissisten skal bede om det eller på anden måde eksplicitere sine behov. I terapien føler narcissisten al påpegning af svaghed eller 'problem' som kritik - det spiller ind i den skrøbelige selvagtelse. Modoverføringsfølelsen? Kedsomhed - der skyldes at man bliver brugt som selvobjekt, dvs. det er en delobjektrelation der udspilles i overføringen.

Depressive organiserer sig omkring introjekter og tilknytning, og der er to typer eller subjektive oplevelser. Førstnævnte 'melankolske' oplever sig selv som elendige eller løgnere - og ses ofte blandt psykoterapeuter. Den anden er 'the anaclitic type' som oplever hunger og ensomhed og udækkede behov. Terapierne er forskellige. Førstnævnte kræver, man angriber overjeget, 'attacking the self-attacking part of them'. Sidstnævnte ville blive dybt ramt af den tilgang og får det bedre af at knytte sig til en varm og forstående terapeut. Der er også en hypomanisk personlighed, hvor der er et forsvar mod de afværgede depressive sider - altid med en masse tab i bagagen og munter hyperaktivitet. Dette er typisk for skuespillere, mener Nancy.

Der er også to typer hysterikere: Den flamboyante, seksualiserende er kendt i vestlige, seksuelt 'frigjorte' kulturer, mens køns- og sex-forskrækkede kulturer stadig ser de klassiske, Freudianske hysterikere med seksual-konflikt-baserede symptomer som fx den lammede 'handske' hånd udløst af rædsel for at masturbere. Primærgevinsten er at løse konflikten mellem lysten til det og forbuddet mod det, mens sekundærgevinsten er den omsorg, der følger med symptomet.

Masochistiske personligheder har et mønster med at vælge relationer, hvor de lider - som beskyttelse mod at lide endnu mere fx ved fravær af relationer. Lidelse kan blive prototypen for relationer som et ubevidst råb om 'jeg har brug for at nogen har brug for mig'. Klinisk skal man ikke være for empatisk med symptomet og i stedet snakke om, hvordan det kan være symptomet dukker op. Som illustration siger Nancy til en kvinde i et voldeligt parforhold: 'I get that you love him, and I DO think he loves you, and you chose to stay with him, but just in case he wants kill you, do you have an insurance?'

Dag 2

Det skizoide-evasive kontinuum

Dag to startede med en diskussion af det skizoide-evasive kontinuum. Skizoide patienter med svær patologi udgør en minoritet. De skizoide udgør en lille minoritet, som oftest er misforstået. En del højtfungerende skizoide bidrager til samfundet med stor kreativitet. McWilliams sammenlignede de skizoide med

Myers-Brigg INFJ-type.

DSM-IV skelner mellem undvigende og skizoid, men der er næppe en rimelig skelnen mellem dem.

Ifølge DSM er der ikke nogen konflikt mellem nærhed og afstand, mens der er en sådan konflikt i undvigende personlighedsforstyrrelse. Men selv når patienter er meget syge, har de næsten altid et eller andet behov for andre, når de opnår tilstrækkelig meget tillid. Judy Hyde fandt, at en stor del af terapeuter var enten depressive eller, især for psykoanalytiske terapeuter, skizoide.

Er skizoid personlighed det samme som autismespektrumforstyrrelser? Der er fællestræk: sensitivitet for stimulation, svært ved at forstå 'udadvendthed', svært ved at blive del af et hold, et fællesskab osv. Men skizoide mennesker har en følelse for kærlighed og er stærkt intuitive. De har et omfattende indre liv og en stor indlevelse i andre. Hvis dit hovedforsvar er tilbagetrækning, har du ikke brug for at bruge forsvar,

som er præget af forvrængning. Skizoide mennesker er en slags 'modsat narcissister'. De foretrækker at blive opfattet som sære, så andre ikke kommer for tæt på. Der ses ofte en tiltrækning mellem skizoide mennesker og hysteriske mennesker.

Skizoide mennesker har typisk denne konstitution allerede fra spædbarnsalderen. Sensitivitet synes at være en stærk faktor i denne sammenhæng. Genetisk synes dette at være fælles for skizofreni og skizoide personer. En af vanskelighederne for mange skizoide mennesker er, at hvis de har forældre, som ikke har skizoide træk, kan de blive svært misforståede og føle sig forkerte og opleve et 'kumulativt relationelt traume'. En sammenhæng mellem paranoia og skizoide træk, skyldes blandt andet at skizoide mennesker læser 'mellem linjerne' i det sociale spil. De bliver angste af det usagte og ved ikke, hvad de skal stille op med det.

En af misforståelserne om skizoide patienter er, at de er ligeglade med andre mennesker. Derfor er det ofte tab, der driver skizoide mennesker i behandling. Skizoid kommer af skiz- spaltning. De skizoide er præget af modsætninger. Virker ligeglade, men er engagerede, virker følelseskolde, men oplever følelserne indeni. De kan forekomme asekuelle, men have omfattende seksuelle fantasier. Schopenhauers parabel for menneskelivet er pindsvin i en kold nat, som nærmer sig hinanden for at varme sig, stikker sig på hinanden, og trækker sig fra hinanden igen. En smuk beskrivelse af det skizoide dilemma. Deres angst er præget af 'kvælningsangst'. Traditionelt har psykoanalysen set skizoid personlighed som en meget tidligt begyndende tilstand. Tilknytningsteori har beskrevet den undvigende tilknytning, som ligner skizoide træk. Undvigende børn har det med at opføre sig som om de er trygge, men har hjertebanken. Samtidig beskriver terapeutisk litteratur at skizoide patienter føler at deres forældre er påtrængende. Dette udtrykker igen det skizoide dilemma.

I forhold til overføring og modoverføring finder man, at det kan være meget let at danne en relation til skizoide mennesker. Med dårligere fungerende patienter kan det være en svært at håndtere den svære balance mellem at distancere sig og trænge sig på.

Skizoide mennesker tester ofte terapeuten: hvad sker der, hvis jeg viser hvor gal jeg er? Skizoide mennesker kan generelt godt lide klassisk psykoanalyse. De forstår det ubevidste, de nyder de klare grænser. Det er vigtigt at normalisere og acceptere. Terapien bliver ofte en tilstrækkelig dækning af deres behov for relationer, så man kan se meget små, hvis ikke helt fraværende forandringer i deres ydre liv. Derfor kan det være nødvendigt at presse lidt på forandringer, i modsætning til klassisk psykoanalytisk behandling. Det kan også være nødvendigt at være mere normal i sin kommunikation, og ikke så klassisk terapeutisk. Skizoide patienter har ofte en stærk sensitivitet, og mærker ofte mere end mange andre patienter. Der er en litteratur om at tale indirekte med skizoide patienter, om eksempelvis litteratur, digte, musik, eller helt hverdagsagtige ting, som repræsenterer noget andet, og som bliver en bro til relationen mellem patienten og behandleren. Den skizoide patient mangler et talerør, for de kan ikke 'starte en bevægelse'.

De paranoide

Paranoide patienter bliver også patologiseret, ligesom skizoide patienter, men der er også paranoide, som er højt fungerende. Den paranoide tilstand er en indre smerte, der opleves som kommende udefra. Patienter som er syge nok til at få en diagnose lider, og stærke ledere med paranoide træk kan mobilisere ressourcer til at føre deres aggressive tanker ud i krig og konflikt.

Paranoide patienter kan ikke behandles med traditionel psykoanalyse, hvilket frem til 80'erne blev understreget i litteraturen. Paranoid betyder ikke blot mistænksom, men som præget af projektion. Udover projektion er paranoid personlighed karakteriseret ved flere typer 'disowning' forsvar. I DSM er det kun de ydre observerbare træk, og kun de mere alvorlige typer, der dækkes. Det betyder også, at paranoide dynamikker bliver overset. Temaer som ydmygelse, forræderi, loyalitet osv. bliver ikke dækket af DSM-IV, men karakteriserer mange patienter med både psykopatologi, og mange mennesker med kronisk stress. Paranoia er ikke blot mistillid, men mere bredt en forstyrrelse i tillid, som også kan komme til udtryk som patologisk ubetinget tillid. Mennesker med paranoia har oftest store forstyrrelser i tilknytning og kærlighed.

Der savnes også sprog for andre former for paranoia. Erotomani, megalomani og patologisk jalousi er eksempler på fænomener, som bliver overset eller marginaliseret i DSM-IV Paranoid personlighedsforstyrrelser. Den væsentlige problemstilling handler om at benægte og derefter projicere aggression.

Forfølgelsesfrygt er stærkt relateret til kvælningsangst, snarere end separationsangst, hvilket er noteret i både psykoanalytisk litteratur og neurologisk forskning. Mens SSRI-præparater virker på separationsangst, har de ingen effekt på paranoid angst, hvorimod benzodiazepiner og alkohol har.

Erotomani, eksempelvis stalking, har også en paranoid underliggende dynamik. Stalkere føler, at deres ofre virkelig elsker dem. De kan være så overbeviste, at de kan overbevise en jury eller en dommer om, at de er blevet opfordret. Megalomani er den uhåndterlige selvusikkerhed og endda selvhad, som kommer til udtryk som fantasier, som kan ligne narcissisme, men som ikke har den samme indre tomhed som narcissisme. I terapien keder terapeuten sig med den narcissistiske patient, men føler sig undersøgt og udstillet sammen med den megalomane paranoide patient.

Et motto for den paranoide dynamik synes at være: Når din adfærd har fået mig til at føle mig på en bestemt måde, er det fordi du har en hensigt om at få mig til at føle mig på den måde. Derved skabes overordnet illusionen om at være betydningsfuld.

Børn som udsættes for gentagne ydmygelser som kan kaldes 'sjælemord': børnene ydmyges på en måde, som får dem til at føle sig medskyldige. Terapeuten, som prøver at forstå patienten, kan risikere at aktivere en følelse af ydmygelse: 'måske føler du jalousi?' 'min mor sagde altid, at jeg var et ondt, jaloux menneske'. Klinisk erfaring tyder på, at paranoid personlighed læres af forældre. Både ved modelindlæring, men også fordi forældrene får et behov for at fastholde barnet i den onde rolle, som kan bære forældrenes egen følelse af ondskab. Det kan være meget vanskeligt at ændre denne dynamik i en familie. Der er samtidig et stærkt behov for det barn, som kan bære forældrenes onde side, og derfor bliver barnet holdt fast i familien. Forældrene skelner ikke mellem sig selv og børnene med hensyn til intentioner, ansvar og følelser. Patienten kan endog tro, at han har behov for beskyttelse af en terapeut, som overføres fra familierelationen.

Drilleri og ydmygelse, som ikke er til at undgå, er et gennemgående træk for personer, som udvikler paranoide træk. Familier med paranoide medlemmer er ofte præget af mistillid mod andre, og dette gør det svært for børnene at søge andre, og følelser af tillid kan udløse stærk angst, hvilket kan føre til at man afbryder behandlingen, netop når man begynder at føle tillid. Den paranoide kan hverken finde trøst i nærhed eller i isolation. Terapeuter kan lære at føle en nærhed til patienter med paranoid skizofreni, men da de fleste patienter med disse problemer ikke får psykoterapi, får klinikere ofte ikke meget erfaring. Paranoide patienter kan være ekstremt følsomme over for andres følelser, og kan reagere stærkt, og endnu stærkere hvis de andres følelser benægtes.

Hvad man ikke skal og skal gøre med paranoide patienter

Man bør ikke anvende briksen eller andre invitationer til regression, som kan udløse en stærk frygt for at blive udstillet som barnlig. Enhver tvetydighed vil skabe kolossal angst, og derfor bør man begynde med hverdagsagtige problemer, og så give tolkninger på andres mulige hensigter og tanker. Det er også af værdi, at man med mellemrum diskuterer med patienten, om de føler, de kan udtrykke alt. Det er også vigtigt at være meget forsigtig med at give udtryk for almindelig sympati, som kan blive opfattet som forsøg på manipulation, eller som medynk eller som et udtryk for terapeutens naivitet. Der er en underliggende følelse af at livet er hårdt og farligt, og at ved at nærme sig andre, risikerer man at gå til grunde.

Den tredje ting er ikke at forsøge at demonstrere din 'godhed'. Terapeuten vil demonstrere, at man ikke er som den onde familie. Men terapeutens 'moraliske overlegenhed' kan skræmme patienten, eller forekomme som et trick. Det er ikke terapeutens rolle at skabe en forældrerolle aktivt, men at lade den opstå langsomt og af sig selv. Den fjerde ting er, at terapeuten ikke skal være konventionelt neutral med den paranoide patient. Den paranoide patient vil opleve det som en undvigende kommunikation, som kan

have til formål at drille eller ydmyge patienten. Netop dette kan have været med til at skabe psykoanalysens dårlige rygte som behandling af paranoide patienter.

Rationale bag den traditionelle teknik er at få processen til at gå dybere, men for den paranoide patient lukker neutraliteten af for evnen til at have tilgang til affektivt ladet materiale.

Det, man så skal gøre med en paranoid person, er at have en dyb egalitær tilgang præget af respekt, hvilket er den væsentligste måde at modarbejde ydmygelsesdynamikken. Samtidig skal terapeuten være en autoritet, som formår at holde sig separat.

Det andet, der er afgørende, er total ærlighed og autenticitet. Vi skal ikke holde os fra at svare på spørgsmål. Naturligvis skal man ikke sige hvad som helst, når man får et direkte svar. Svaret skal være klart, og ikke et spørgsmål. Når spørgsmål tages alvorligt, kan patienten lægge frygten fra sig, især frygten for at spørgsmål og ytringer bliver opfattet som dumt eller skørt. Man kan også risikere, at patienten opfatter de meget små tegn på, at terapeuten eksempelvis ikke kan lide dem, eller bliver træt af at arbejde med dem. Åbenhed og 'self-disclosure' anbefales for paranoide patienter, og dette har været tilfældet helt tilbage til egopsykologien. Frem for at lave generelle regler om self-disclosure, bør man lave regler, som er matchet til forskellige patienter, og som kan være relateret til personlighedsmønstre. Ideen om at gå fra overflade til dybde passer ikke så godt på paranoide patienter som på andre. Med nogle typer patienter kan man lave en undervisningsagtig tilgang. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at de paranoide patienter ikke må tales ned til.

Det er også vigtigt at vise forståelse uden at vise sympati. Det sidste emne i denne sammenhæng er sorg. Fordi de har lært, at man bliver ydmyget for at være ked af det, bliver det vigtigt at bevæge sig fra at ignorere tristheden, og acceptere den, og give slip i den paranoide position.

Som det forhåbentlig fremgår af dette fyldige referat, var der tale om to meget inspirerende dage. Udover at have et ufatteligt overblik over både den psykoanalytiske tradition, de psykiatriske diagnosesystemer og nyere teori- og terapiretninger var dagene konsekvent krydrede med små kliniske eksempler og anekdoter. Endelig var et gennemgående træk at lægge vægt på *oplevelsen* af at have en bestemt personlighed og *oplevelsen* af at være sammen med dette individ som terapeut - eller ven eller kollega.

(Newsletter 42/11)