



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Forståing og behandling av narsissistisk  
personligdomsforstyrring med paranoide  
trekk/Understanding and treatment of narsissistic  
personality disturbing with paranoia trait**

**Erlend S Høydalsvik**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 32**

**Molde, 10.04.2012**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 10.04.2012

**Antall ord: 8031**

## **Samandrag**

I denne oppgåva ynskjer eg å undersøke korleis ein ved hjelp av selvsykologi kan forstå og hjelpe ein pasient som lider av narsissistisk personlegdomsforstyrning (PF) med paranoide trekk. Ynskjer også å undersøke kva utfordringar ein kan møte i behandlinga av folk med slike lidningar. Interessa for temaet kom ved at eg i jobbsamheng ofte var kontaktperson for ein pasient ved ei DPS-avdeling der ein pasient hadde fått diagnosen som er nemnt ovanfor og tykte det var interessant og trist å sjå kor korleis symptoma manifesterte seg. Ved hjelp av faglitteratur fann eg ut at det å vere råka av personlegdomsforstyrning kan vere synonymt med store lidningar for den enkelte og representerer store behandlingmessige og moralske utfordringar for helsevesenet. I utgangspunktet er det å skulle behandle pasientar med ei diagnose som er nemnt ovanfor sær utfordrande. Med veldig høge tankar om eigen person blanda med paranoide forstillingar er det vanskelig å hjelpe dei med å utfordre egne tankar. Desse pasientane meiner sjølv dei ikkje har problemer med seg sjølv, men det er andre folk som er problemet deira. Blir dei konfronterte kan det fort ende med brot i behandlinga. Perspektivet selvsykologi høver godt å bruke i denne samheng. Det legg vekt på å ikkje vere konfronterande, men bruke empati og prøve å forstå situasjonen gjennom pasientens augne.

## **Innhold**

<b>Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
<b>Problemstilling</b> .....	<b>8</b>
Delproblemstilling.....	8
<b>Teori</b> .....	<b>8</b>
Narsissistisk PF .....	8
Paranoid PF .....	9
Selvpsykologi .....	10
Selvet .....	10
Selvobjekt.....	12
Selvobjektsvikt .....	13
Selvpsykologiens viktigaste terapeutiske verktøy.....	13
Selvpsykologiens terapeutiske mål .....	14
Forståing av narsissisme i lys av selvpsykologi.....	15
Kohuts tilnærming av behandling av narsissistisk PF.....	15
<b>Empiri</b> .....	<b>16</b>
<b>Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
<b>Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>27</b>

## Introduksjon

*Ein grandios oppfatning av eins eigen betydning. Utnyttar andre for å nå egne mål. Kan vise arrogant og hovmodig framferd. Mistenker, utan tilstrekkelig grunn å bli utnytta, skada eller bedratt av andre. Bærer stadig nag, kan ikkje tilgje om dei blir fornærma, blir skada eller utsatt for krenkingar. (Karterud, Urnes og Pedersen, 2001)*

Ordet personligdomsforstyrning (PF) er i fylgje Karterud, Urnes og Pedersen (2001) eit relativt nytt omgrep. Det vart innført som ein diagnostisk kategori i dei fyrste utgåvene av det amerikanske diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Diagnosesystemet forklarar begrepet PF slik: ”Personlighetsforstyrrelse er vedvarende mønstre i indre opplevelser og atferd som aviker merkbart fra forventningane i individets kultur, som er omfattende og rigide, som begynner i ungdomsårene eller tidlig voksen alder, som er stabile over tid og som fører til plager og funksjonsinnskrenkning”. Om omgrepet er relativt nytt så er ikkje symptomane nye. Skildringar av framferd som i nyare tid ville passe inn i DSM-systemet har vore beskrive sidan medisinenes far, Hippokrates levde (født 460 f.Kr., død 377 f.Kr.) Han forklarte personligdom og temperament som ein konsekvens av fordelinga av dei grunnleggande kroppsvæskene: gul og svart galle, flegma og blod. (Torgersen, 2008)

Årsaka til fokuset på PF, meir spesifikt narsissistisk personligdomsforstyrning med paranoide trekk, er at eg i arbeidssituasjon på psykiatrisk avdeling ofte var kontaktperson for ein pasient som hadde denne diagnosen. Eg var ein av nokre utvalte på jobben han tilsynelatande hadde noko tillit til og delte utfordringar i livet med. Dette førte til at eg fekk erfare korleis symptomane til ein med denne diagnosen utarta seg, tykte dette var interessant. Då eg jobba på denne døgnavdelinga hadde eg lite jobberfaring og ingen vidareutdanning. Ynskjer difor å få meir kunnskap om korleis ein best mulig kan hjelpe personar som er råka av denne type lidning.

Framferda til ein som lider av PF kan på omgivnadane bli sett på som irriterande og provoserande. Men ser ein bakom framferda til personar med PF, vil ein oppdage intense lidningar som angst og depresjonssymptom. Denne pasientgruppa er ofte innom helse- og

sosialvesenet for å få hjelp, men helsepersonell veit ofte ikkje kva dei skal gjere for å hjelpe dei. Dermed representerer dei store behandlingmessige og moralske utfordringar for hjelpeapparatet. Utfordringane vil variere alt etter kva type PF pasientane lider av. Har vedkomande blitt diagnostisert med ein paranoid PF kan problemet være mistru til terapeuten og helsesystemet. Dei vil lure på kva som er behandlerens motiv for å hjelpe, og vil teste han/ho ut for å sjå om vedkomande er til å stole på. Har pasienten ein narsissistisk PF kan utfordringa være at han ikkje i utgangspunktet ynskjer å få behandling for sine personligdomstrekk, sidan vedkomande meiner han er perfekt. I tillegg er det fare for at ingen behandlar i hans augne vil være god nok for han. (Torgersen, 2008)

I forhold til PF generelt er narsissisme eit sentralt stikkord, eit omgrep som i fylgje Cullberg (2003) betyr det same som kjærleiken til selvet. Ikkje minst i forhold til pasienten eg var kontaktperson for i jobbsamanheng, som hadde lidinga narsissistisk PF med paranoide trekk. I val av perspektiv er det nærliggande å bruke selvpsykologi, der grunnleggaren av perspektivet Heinz Kohut på slutten av 1960-talet gav ut ein artikkel om behandling av narsissistisk personligdomsforstyrning. Kohut var ein psykoanalytiker født i 1913 i Østerrike og vokste opp i Wien i mellomkrigstida. Sidan han var av jødisk herkomst flykta han til USA før andre verdenskrig og virka der som psykiater og psykoanalytiker. I tillegg til å jobbe, skreiv han artiklar angående faget. Han skreiv i 1959 om empati som seinare skulle vise seg å vere grunnlaget for selvpsykologi som kom i bruk på midten av 1970-talet. Gjennom å være empatisk vil terapeuten i eit selvpsykologisk perspektiv prøve å fordjupe seg i pasientens indre verden, og tilstrebe å sjå verden gjennom augnene til pasienten, utan å konfrontere vedkomande eller kome med råd eller meiningar. (Karterud og Monsen, 2002)

## **Problemstilling**

**Korleis kan ein ved hjelp av selvsykologi forstå og hjelpe pasientar som har diagnosa narsissistisk personligdomsforstyring med paranoide trekk?**

Eg vil i oppgåva undersøke korleis ein ved hjelp av perspektivet selvsykologi kan hjelpe og forstå personar som lider av narsissistisk personligdomsforstyring med paranoide trekk.

### ***Delproblemstilling***

**Kva utfordringar vil ein kunne møte når ein jobbar med ein pasient som lider av narsissistisk lidning med paranoide trekk ut i frå eit selvsykologisk perspektiv?**

## **Teori**

### ***Narsissistisk PF***

Narsissistisk personligdomsforstyring er i fylgje Karterud, Wilberg og Urnes (2010) ei relativt sjeldan diagnose. Dei hevdar at førekomsten er på ca. 0.8 % i den norske befolkninga. Sjølve ordet narsissisme refererer til namnet Narsissos. I eit gresk segn var Narsissos ein vakker yngling som vart forelska i sitt eige sjølvbilete, og som gjekk til grunne på grunn av dette. Omgrepet narsissisme om kliniske fenomen vart introdusert rundt år 1900 av den britiske psykologen og legen Henry Havelock-Ellis og den tyske psykologen Paul Nacke. Omgrepet vart då brukt på fenomen som autoerotisme og seksuelle perversjonar. Psykiateren Sigmund Freud brukte deretter omgrepet i sin psykoanalytiske teoribygning. I hans teori betyr ordet narsissisme ein vending av merksamdom vekk frå andre mennesker og over mot ein persons selv. I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV er definisjonen på narsissistisk PF slik: pasienten overvurderer seg sjølv, er opptatt av suksess og makt, har eit oppblåst sjølvbilete, krevjar å bli beundra og tykkjer



sjølv at ho/han har spesielle privilegium, kan grovt utnytte andre, manglar empati og er misunnelig og arrogant.

Kva er det som er årsak til at nokon lider av narsissistisk PF? I løpet av dei seinare år har det blitt utført forskning på den relative betydninga av arv og miljø for utvikling av PF. Dette er gjort fyrst og fremst gjennom studie av norske tvillingar. Men også i Canada har dette blitt utført, og viste som den norske studien at arv utgjer omtrent halvparten av årsakene til trekk i personlegdomen som liknar på personlegdomsforstyrning. Torgersen (2008) skriver at det er grunn til å tru at arv utgjer 40 -50 % av personligdomen ein finner i befolkninga for dei med PF som for dei som ikkje er råka psykiske lidningar. 5 – 10 % av personlegdomen blir påverka av familiemiljø og 40 – 50 % av personligdomen blir påverka av individuelt miljø. Kva er det då med miljøet som kan utløyse narsissistisk PF? Karterud, Wilberg og Urnes (2010) skriver at ved klinsk behandling har det blitt lagt vekt på at emosjonell kulde hjå foreldra til dei som er råka kan vere ei årsaksforklaring. Som barn har dei som lider av narsissistisk PF blitt råka av foreldras egne narsissistiske ynskjer. Med andre ord har borna skulle realisere foreldras egne ambisiøse draumar i staden for å finne sin eigenart.

### ***Paranoid PF***

Omgrepet ”paranoid personlegdom” vart lansert i 1952. Det vart på same tidspunkt inkludert i det amerikanske DSM-systemet. Ein person som lider av paranoid PF kan i fylgje DSM-IV ha desse symptoma: mistenkjer utan tilstrekkelig grunn å bli utnyttat eller skada av andre, har vanskar med å stole på venner og omgangskrets, lesar skjulte nedvurderande eller truande meiningar inn i harmlause kommentarar eller hendingar, bærer stadig nag og kan difor ikkje tilgje skader eller krenkingar og opplever angrep mot eigen person som ikkje er openbare for andre. Kva må til for at den genetiske disposisjonen for å lide av paranoid PF skal manifestere seg? Fleire studium har i fylgje Karterud, Wilberg og Urnes (2010) funne ein samanheng mellom traume og paranoid PF. Det var i ei undersøking funne ein auka førekomst av PTSD (posttraumatisk stresslidning) hjå pasientar med paranoid PF i forhold til pasientar med PTSD utan paranoid PF. Denne lidninga har sannsynligvis sterkare samanheng med fysisk mishandling i oppveksten enn med seksuelt misbruk. Det er nærliggande å tru at oppvekst i eit fiendtlig og fysisk mishandlande miljø, fremme mistillit og paranoid beredskap. Her kan det då vere

komplekse interaksjonar mellom genar og miljø sidan mishandlande foreldre også har same genetiske føresetnadar, men kanskje i andre kombinasjonar.

Komorbiditeten er stor for dei som lider av paranoid PF. Ei undersøking gjort av Golier fann at paranoid PF hadde størst mengde av andre PF i tillegg i forhold til andre typar PF. Ein som lider av paranoid PF kan difor har narsissistiske trekk på same måte som ein som hovudsaklig lider av narsissistisk PF kan ha paranoide trekk. (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010)

## ***Selvpsykologi***

Ordet selvpsykologi kom i bruk på midten av 1970 talet om retninga innfor psykoanalyse som den amerikanske psykoanalytikaren Heinz Kohut og hans tilhengarar stod for. Grunnlaget for teorien i selvpsykologi la Kohut i ein artikkel han skreiv om empati i året 1959. Artikkelen har tittelen: ” Introspection, Empathy and Psychoanalysis. An Examination of the Relationship between Mode of Observation an Theory”. I artikkelen skreiv Kohut at empati er psykoanalysens viktigaste observasjonsmåte. Han meinte at det var kun gjennom empati og observasjon av eins eige sjeleliv at ein får tilgang til den andres indre verden. Om det ikkje var Kohuts hensikt å forklare empati med det å være sympatisk, så vart det forstått slik at ein terapeut burde ha ein ledigare og venligare haldning enn det som var vanlig. Det var kontroversielt med ei slik forståing, for i denne tidsperioda var det vanlig at analytikaren hadde ein meir kunstig, kjølig og reservert haldning til klienten. (Karterud og Monsen, 2002)

## ***Selvet***

Ordet ”selvet” er eit ord Kohut lyfta fram i lyset i artikkelen ” The Analysis of the Self”. Kva meinte Kohut med begrepet selvet? Han hevda at ut i frå opplevingar refererer selvet til ein kjensle av eigarskap, opphav og samanheng av eigne emosjonar, tankar og handlingar. I teoretisk forstand, hevda Kohut at selvet er å forstå som summen av individets selvrepresentasjonar. I den siste boka Kohut skreiv, (How does Analysis Cure?) skildrar han selvet som eit dynamisk system med tre polar. Den fyrste polen er det grandiose selvet som ser på seg sjølv som verdens midtpunkt, er svolten på merksemd og

avhengig av å bli bekrefta av omgjevnadane av det det har å vise fram. Det har også eit narsissistisk raseri om det blir trakka på og audmjuka. Inntreff det ein svikt i modninga av det grandiose selvet hjå ein person kan det resultere i at vedkomande kan utøve absolutte krav om merksemd i forhold til prosjekter som i voksenalder kan virke urealistiske og på sida av det som miljøet oppfattar som relevant. Grandiositeten kan i fylgje Kohut enten fortregast og tappe vedkomande for energi og målretta ambisjonar, eller den kan gjere seg gjeldande på ein måte som individet ikkje tek fullt ansvar for og som ikkje er integrert med resten av personlegdomen. Dette siste fenomenet kalla Kohut "vertikal split". (Karterud og Monsen, 2002)

Det idealiserande selvet er den andre polen av selvet. Det idealiserande femne om kjensla av å bli halden oppe av noko som er større enn seg sjølv. Noko individet kjenner seg trygg på, som det kan stole på, lene seg til andre som har større kunnskap og visdom. I moden form trer det idealiserande selvet fram som etikkens personlege forankring. I arkaisk form trer det fram som eit intenst sagn etter å bli ivaretatt, etter nokon å lene seg til og som ein søken etter ytre verdimeslige forankringspunkt som kan tjene til å orientere seg i ein verden der alskens forvirra indre og ytre krefter påkallar ein. (Karterud og Monsen, 2002)

Den tredje polen er det tvillingsøkande selvet, noko Kohut innførte på slutten av hans siste bok "How does Analysis Cure?". Kohut hevda at tvillingoverføring gjenspeglar behovet for ein tilsvarende annan som bekreftar ein med det som liknar ein sjølv. Gjennom det som er likt med den andre blir viktige deler av selvet forankra. I ein terapeut – pasient situasjon kjem dette til uttrykk i overbevisinga om at terapeut og pasient er grunnleggande like, at det ikkje er nødvendig å seie og forklare alt. Men berre det at pasienten og terapeuten bruker tid i lag, kan vere med å lege ein indre disharmoni. (Karterud og Monsen, 2002)

Dei tre polane som er nemnt ovanfor er forankra i djupna i det han kallar kjerneselvet. Kjerneselvet er det sentrum i oss sjølv som opplevingsmessig ligger til grunn for at vi i det heile tatt kan snakke om eit selv i betydning meg selv, mitt selv, som noko klart og tydelig, spesielt, fråskilt frå andre, som har ei spesiell historie og eit unikt perspektiv på verden. Karterud og Monsen (2002) skriver at kjerneselvet ikkje er der i frå byrjinga av, men det har sine røter og forløp. På eit eller anna tidspunkt i tidleg barndom (ca. 1 år) smeltar det saman, og frå då av er dei mest grunnleggande føresetnadane for utviklinga i

menneske gitt. Det er danna eit unikt perspektiv på verden og mennesket er svangert med eit utviklingspotensiale som alt har fått ei retning. Barn har til dømes ei preprogramert evne til å lære språk i tillegg til at dei har medfødde anlegg som er forskjellige. Når desse evna blir foreina med selvobjektmiljøet vil det spesifikke kjerneselvefelle seg som ein grunnleggande psykisk struktur.

## ***Selvobjekt***

Selvobjekt er kanskje det viktigaste begrepet i selvspsykologien. Eit selvobjekt er den funksjon og betydning eit anna menneske, eit dyr, ein ting, ein kulturmanifestasjon eller ein idetradisjon har for oppretthaldinga av eins kjensle av å vere eit samanhengande og meningsfylt selv. Det var dei narsissistiske overføringane spegling og idealisering som satte Kohut på sporet av selvobjektfunksjonane. Når desse overføringane fekk lov å kome til uttrykk og utfolde seg på sitt mest intense, viste det seg at klientane hadde eit stort behov for at analytikar oppførte seg på spesielle måtar, som å vere idealiserbar eller anerkjennande og bekreftande. Dette behovet kom klarast fram viss analytikar ikkje oppførte seg i samsvar med dei ubeviste forventningane. Behovet manifesterte seg då med reaksjonar som vonbrot, tilbaketrekning, sinne og uforsonlig oppførsel. Kohuts forklaring på dette var at analytikarens empatiske og inntonande nærvær er ein funksjon som fremje klientens kjensle av å vere heil og oppnå betre selvsamheng. (Karterud og Monsen, 2002)

Kohut meinte at behovet for å ha selvobjekter i livet er noko mennesker har heile livet. Det er ikkje eit behov som forsvinner når vi blir voksne eller kan frigjere oss frå. Ein kunne kanskje tru at blir ein sjølvstendig trenger ein ikkje selvobjekter, men det å vere sjølvstendig betyr berrre at ein kan velge selvobjekter, men ikkje late vere å ha nokon. Kohut meinte at vi ikkje klarer oss utan, selvobjekter er som oksygenet i lufta, skal vi leve må vi ha det. Men folk flest går ikkje og tenker på at selvobjekta er tilstades i livet, men tek det for gitt. Behovet blir klart for oss når det er for lite av det. Det umodne selvet forventer at selvobjektfunksjoner er tilgjengelige. Det er ein forutsetning for selvets vekst og modning. Kohut hevda det er mangel, fråvær, inadekvat respons, psykologisk og fysisk misbruk og mishandling som hindrar selvet i å utvikle seg til eit modent og selvregulerande system. Til slutt er det ein slik utviklingsmessig blokade som er årsak til det meste av karakterpatologi. (Karterud og Monsen, 2002)

## ***Selvobjektsvikt***

I ein terapeut – klient situasjon vil terapeuten om vedkomande har klart å ”plugge seg inn ” som ein elektrisk tilkopling som Kohut beskriver det, bli eit selvobjekt for klienten. Når selvobjekttilknytninga er på sitt mest intense kan det å vere vekke frå terapeuten vere ei pine for klienten. Dette separasjonsubehaget kan tolkas dit hen at selvobjektoverføring er etablert. Bakdelen med at terapeuten lukkas med å bli eit selvobjekt for pasienten er at før eller sidan vil terapeuten kome til å svikte vedkomande. Det vil skje det som blir kalla selvobjektsvikt. Karterud og Monsen (2002) skriver at uansett kor mykje terapeuten anstrenger seg for å vere empatisk og vil yte det beste for pasienten, så vil terapeuten måtte svike pasientens behov for å bli eksakt forstått, besvart og tatt hensyn til. Terapeuter må også ta ut ferie, avlyse timer, blir sjølve sjuke, er uoppmerksomme og kan vere dårlig opplagte.

Motoverføring kan også vere ei årsak til selvobjektsvikt, spesielt i terapisisuasjonar der pasienten lider av PF. Motoverføring er kjensler og fantasiar som blir vekka hjå terapeuten av pasienten under behandlinga. Motoverføringsreaksjonar kan gje viktig informasjon om pasientens relasjonsproblemer, og kan brukast av terapeuten i behandlinga. Men det kan føre til selvobjektsvikt om terapeuten blir involvert i eit negativt relasjonsmønster med pasienten eller utagerer motoverføring. Pasienten kan då risikere å ikkje få effektiv hjelp for vanskaner, men i staden få bekrefta sin negative oppfatning av seg sjølv eller i verste fall retraumatiserast (Karterud, Urnes og Wilberg, 2010)

Pasientens reaksjoner på selvobjektsvikt kan variere frå ein knapt merkbar dreining av tema til stormande bebreidingar. Denne svikten kan true alliansen mellom terapeut og pasient og i verste fall føre til at behandlinga blir avslutta. (Karterud og Monsen, 2002)

## ***Selvpsykologiens viktigaste terapeutiske verkty***

Affektinntoning er evna ein person har til å skifte fokus frå atferden til ein annan, til motivet for atferden, det er ein slags intuisjon. Affektinntoning kan i fylgje Karterud og Monsen (2002) sjåast på som ein nøkkel som opnar døra til eins annan verden. Men det

representerer ikkje lyset som lyser opp innhaldet i romet som er bak døra. Her kjem det sentrale verktøyet empati inn i bildet, empati er dette lyset. Empati setter terapeuten i stand til å orientere seg om pasientens subjektive opplevingar og bidrar til å få ei oversikt over den komplekse indre verden til vedkomande. Kohut sa at empati er ein form for tenking som er spesielt innstilt på oppfattinga av komplekse psykologiske konfigurasjonar (Karterud og Monsen, 2002). Reint praktisk tilstreber terapeuten å fordjupe seg i pasientens indre verden og prøver å sjå verden gjennom augna til den andre, noko som kan være sær utfordrande. Å skulle vere konsekvent empatisk kan innebere ein trussel mot terapeutens eige perspektiv og forankringa vedkomande har i seg sjølv. Karterud og Monsen (2002) hevdar at observerer ein seg sjølv i ein situasjon der ein prøver å vere empatisk, vil ein oppdage at ein fort kan havne tilbake i eins eige perspektiv.

### ***Selvpsykologiens terapeutiske mål***

Kohut la spesielt vekt på utvikling og modning av den lidande narsissistiske delen av personligdomen i behandlinga han gav. Sett vekk frå symptomlindring og auka livskvalitet framheva han spesielt ein utvikling av evna til kreativitet, empati, humor og visdom i tillegg til å akseptere døden. Alle desse elementa har nær samanheng med narsissisme. Får pasienten ein auka evne til sjå humoristisk på tilværet vil det frigjere frå det grandiose gravalvoret, hevda Kohut. Det vil også vere ei hjelp til å sjå seg sjølv og andre frå overraskande nye og forsonande synsvinklar. Han hevda at visdom er nær knytta til humoristisk sans og akseptering av at det er ingen veg forbi døden. Visdom inneberer ein overskriding av grandiositetens benekting av dødens realitet, at ein er uerstattelig og at eins eige perspektiv er det einaste som gjeld. (Karterud og Monsen, 2002)

Kohut meinte at eit vesentlig kjenneteikn på psykisk helse er evna til å omgje seg med nærande selvobjekter og halde på dei. Han meinte at eit mangfaldig samfunn er fullt av potensielle menneskelige og kulturelle selvobjekter. Men det tragiske med personar som lider av personligdomsforstyrning er at deira intense selvobjektbehov fører til at dei trengje mykje og gjev lite. Resultatet av det kan bli at andre menneskjer blir brukt opp og grunnlaget for langvarige og konstruktive mellommenneskelige forhold smuldrar vekk. (Karterud og Monsen, 2002)

## ***Forståing av narsissisme i lys av selvspsykologi***

Narsissisme er eit sentralt omgrep i selvspsykologi. Ordet narsissisme kjem frå den greske myten om Narkissos som vart så forelska i sitt eige spegelbilette i kildevatnet at han ramla ut i og drukna. Narsissisme er ikkje unormalt eller sjuklig i seg sjølv. Alle menneskjer må ha eit minstemål av kjærleik til seg sjølv for å overleve, og alle er i fylgje Cullberg (2003) avhengig av å bli satt pris på av andre for å oppretthalde kjærleiken til seg sjølv. Men problema oppstår når behovet for å bli bekrefte blir ei besetting, eller når tilværet blir ein stadig kamp for å bevise eins grandiositet slik at skrekken for sjølvfordøming ikkje skal ta overhand. Kohut tykte det var problematisk at narsissisme blir knytta til ein bestemt PF sidan narsissisme er ein grunnleggande og ufråvikelig dimensjon hjå alle mennesker. (Karterud, Urnes og Pedersen, 2001)

På 1970 talet vart Kohuts namn knytta til debatten om narsissisme. På den tida var alvorlige personligdomsforstyrningar ein teoretisk og terapeutisk utfordring. Spørsmålet var om psykoanalyse kunne behandle dette. Det vart stilt spørsmål ved korleis ein skulle forstå dei openbare narsissistiske elementa i dei mange personligdomsforstyrningane, og korleis skulle ein forhalde seg reint terapeutisk? I artikkel Kohut skreiv i slutten av året 1969 hevdar han at ein narsissistisk posisjon ikkje er noko vi kvittar oss med når vi blir modne nok. Det er meir slik at vi utviklar oss frå meir ein barnsleg og primitiv narsissisme til ein moden narsissisme. Han konkluderte med at det er ein mangelfull utvikling som pregar mange som lider når narsissismen blir usunn. (Karterud og Monsen, 2002)

## ***Kohuts tilnærming av behandling av narsissistisk PF***

Kohut meinte at PF med sterkt innhald av narsissisme var ein konsekvens av traumer i barndomen til pasientane. Det har oppstått primære defekter og sekundære strukturdanningar i sinnet i barndommen under selvets psykiske strukturering. Han hevda der er to forskjellige sekundære strukturdanningar: forsvarande og kompenserande strukturar, dei har begge ein tilknytning til den primære defekten. Ein struktur er forsvarande når dens einaste funksjon er å dekke over selvets primære defekt. Symptomar på det kan vere at ein person er overentusiastisk, dramatiske og overveldande intense i deira reaksjon på ting som skjer i kvardagen. Dei kan i forhold til ein terapeut romantisere og seksualisere vedkomande. Bak denne måten å oppføre seg på kan det ligge ein kjensle

av mindreverd, depresjon, avvisning, kjenne seg verdiløst og ein lengsel etter å bli bekrefta. Har pasienten ein til dels hyperaktiv og overintensiv måte å oppføre seg på, er det sannsynligvis ein måte å motvirke indre tomheit og depresjon. Kohut kallar ein struktur kompensierende når ein person prøver å skjule ein defekt i selvet ved å kompensere defekten i staden for å reparere den. Den kompensierende strukturen resulterer i ein rehabilitering av selvet ved at den kompenserar ein veikskap i ein av polane ved å styrke ein annan. For ein som lider av narsissistisk PF blir ofte svakheita i den grandiose polen kompensert ved å strebe etter idealar. Personen kan då bli ekstremt idealiserande. På same måte kan ein person ha ein veikskap på den idelaiserande polen og kompenserar ved å styrke den grandiose polen. (Kohut, 1977)

Kohut meinte at behandling av personar med PF har lukkast når behandlar har klart ein av to oppgåver. Den første er når den primære defekt har blitt avslørt, etter at behandlinga har brutt gjennom dei forsvarande strukturane. Dette ved hjelp av bearbeiding og at pasienten har ved samvær med terapeuten fått eit anna syn på korleis ting heng saman og integrert det inn i sin personligdom. Med andre ord internalisert slik at defekte strukturar no fungerer. Behandlinga er også i slutfasa når dei kompensierende strukturane fungerer tilfredstillande. Dette som ein konsekvens av at pasienten har fått kognitiv og affektiv kontroll over dei forsvarande strukturar rundt den primære defekt i selvet. Årsak til at pasienten har oppnådd dette kan være gjennom forbetringar i området til den primære defekt eller som fylgje av at pasienten har fått ei forståing av samanhengen mellom den primære defekt og dei kompensierende strukturane. Her kan det også være kombinasjonar av årsaker til betring hjå pasienten. (Kohut,1977)

## **Empiri**

Empirien blir henta frå jobbsituasjon for ei tid tilbake. Eg jobba som ekstravakt på ei DPS-avdeling. Der var det ein mann i byrjinga av 40 åra som var innlagt. Velje å kalle han Tore. Han kom inn til avdeling på grunn av depresjon. Hadde kommunal bustad, men ikkje jobb. Tore oppsøkte hjelp etter å ha vore ekstra motlaus i ein månads tid og ikkje orka å gjere daglige gjeremål, hadde berre ligge på sofaen. Etter at han kom inn tok det ikkje lang tid før han fekk diagnose narsissistisk personligdomsforstyring med paranoide trekk.



Eg hadde ikkje noko erfaring med å jobbe med pasientar med ei slik diagnose, visste heller ikkje kva det innebar å vere råka av det. For meg virka han i fyrste omgang å vere heilt upåfallande både i kontakt med personale og medpasientar. Når eg var på jobb fekk eg etterkvart ein del med han å gjere. Vi hadde ein del felles interesser så praten gjekk lett. Eg var ein av få utvalte som han ville prate med når han hadde behov for å snakke om personlige ting. Etter å ha hatt ein del samtalar med han under fire augne, og etter å ha diskutert med medkollegaer byrja eg å forstå litt kva det vil seie å vere narsissistisk med paranoide trekk. Temaet var det same kvar gong. Kort fortalt så hadde han i fylgje seg sjølv blitt lurt for nokre år sidan i jobbsituasjon og no var alle ute etter han. Tore hadde teikna eit kart på veggen inne på romet sitt på avdelinga der han prøvde å systematisere kva som hadde skjedd. Kravet om å få igjen det han hadde tapt og at dei skuldige skulle straffast var ufråvikelig. Han gjentok ofte at om ikkje nokon tok tak i saka hans og rettferdigheita sigra, ville han ta affære sjølv, og då kunne resultatet bli stygt. Eg spurde om han hadde tenkt å ta livet av folk. Han kunne ikkje utelukke det.

Om ein hadde snakka lite med han så ville historia kunne virke sann og logisk, og noko var kanskje det. Men når han snakka så virka det som han hadde ei oppfatning av at alle var ute etter han og personalet på avdelinga konspirerte mot han. Historia og spørsmåla hans var dei same i kvar samtale. Han meinte han ikkje hadde noko skuld i det som hadde skjedd opp gjennom livet.

I samtalane kom det også fram at han graderte seg høgt over dei andre pasientane som var på avdeling. Det var under hans verdigheit å vere på ei avdeling med slike folk. I samtalane gjentok det seg stadig kor dyktig han var til å finne opp nye tekniske ting. Han meinte sjølv at det var heilt utruleg at ingen hadde tatt på alvor talentet hans og tilbode han jobb der han kunne fått ut potensialet. Han var i tillegg ein tydelig tilhengjar av at den sterkaste i naturen bør overleve, dette gjaldt også menneske. Han gav klart uttrykk for at han var ein dei som ville klare seg lengst om det skulle oppstå krisesituasjon i landet han oppheldt seg i. Mannen hadde økonomiske problem som han skulda alle andre enn han sjølv å vere årsak til. Men det var ikkje aktuelt å prøve å få seg jobb nokon plass der han ikkje kunne bestemme sjølv kva han ville gjere. Ville ikkje at nokon skulle bestemme over han. Eg tykte det var spennande å jobbe med han, men personale var rådlause når det gjaldt korleis dei skulle hjelpe han.

## Diskusjon

### **Korleis forstå ein person med lidinga narsissistisk personligdomsforstyrning med paranoide trekk ut i frå eit selvpsykologisk perspektiv?**

Kohut såg på menneska som eit gudlaust tragisk vesen, men samtidig heroisk, som strevar med å oppfylle deira narsissistiske behov etter å vere fullkommen, kjenne seg vital og vere fylt av harmoni. Men på denne ferda gjennom livet støyter menneske på hindringar i seg sjølve og hjå andre. Kohut meinte vidare at menneske strever med å bli til, med å leve og kjenne seg levande, med å finne og fullføre eit livsprosjekt, med å begrunne seg sjølv og gi livet ei djupare mening. Karterud, Urnes og Pedersen (2001) skriver at desse grunnvilkåra som blir nemnt gjelder for alle menneskjer, men blir satt på spissen ved personligdomsforstyrningar.

Pasienten Tore hadde i likskap med andre menneske klare mål for livet for å gjere det meir levelig. Men den primitive narsissismen han lider av der ambisjonane, sjølvhevdinga og aggressiviteten som står i perfeksjonismens teneste blir øydeleggande for han, og gjer det vanskelig å nå måla. Det gjer det vanskelig fordi han forventar ein kompromisslaus anerkjenning av hans behov. I tillegg slår den paranoide delen av personligdomsforstyrninga inn når han ikkje får den anerkjenninga han forventar. Han blir då mistenksam og trur fort at den andre er ute etter å øydelegge livet hans eller er ute etter å fryse han ut. For å forstå denne primitive narsissismen i lys av selvpsykologien hevdar Karterud, Urnes og Pedersen (2001) at narsissismen ikkje har blitt modna og temma gjennom nok bekreftande erfaringar av betydningsfulle selvobjekter. Tore kan tvert imot ha blitt råka av forvirra kjenslemessige gjensvar i tillegg til overgrep, skamfulle krenkingar og nederlag.

Uansett kva slags oppvekst Tore har hatt og korleis inntoninga har vore i frå omsorgspersonane, så vil kjerneselvet hans vere påverka. Denne kjerna i selvet består i fylgje psykiateren Daniel Stern av ei opplevingskerne som blir nedfelt i barn i 3-8 månaders alderen og som innebærer ei oppleving av å henge saman i tid og rom, oppleving av eigarskap til egne kjensler og oppleving av herredøme over initiativ til røysler og handlingar. Med andre ord ei oppleving av selvhistorie og selvsamheng. I fylgje selvpsykologien vil kjerneselvets konsolidering og utvikling i barndommen føre til

danninga av karakteristiske former som er å betrakte som individuelle varianter av det tripolare selvet. Karterud, Urnes og Pedersen (2001) brukar begrep som godt eller dårlig konsolidert kjerneselv. Er så kjerneselvet til Tore godt eller dårlig? Der er sjølv sagt grader av kva tilstand eit kjerneselv er i frå person til person, men hadde det vore innanfor normalbegrepet, så hadde kanskje ikkje Tore blitt innlagt og det hadde sannsynligvis ikkje vore aktuelt å snakke om personligdomsforstyrningar i hans tilfelle. Men han har symptomer som kan tyde på eit dårlig konsolidert kjerneselv. Karterud, Urnes og Pedersen (2001) skriv om sjølvbeskyttande handlingsstrategiar som personar med eit dårlig konsolidert kjerneselv brukar for å beskytte seg sjølv. Ein av strategiane til Tore gjekk ut på å alltid skulde på andre for problema han har i livet. Ein anna indikasjon på dårlig konsolidert kjerneselv er problem med å skilje røyndom og fantasi. Eit døme på det er Tores stadige mistankar om at personalet på avdelinga overvåka han og samarbeida med folk som han sa var ute etter å skade han.

Det kan vere at foreldra har svikta i tidleg barndom, men det kom ikkje fram i samtalan mellom oss. Men Kohut meinte det ikkje var så viktig at foreldre gjorde feil, fordi det gjer alle foreldre. Men han var opptatt av den gjentatte empatiske svikten, spesielt når det går utover både det grandiose selvet og det idealiserande selvet. Barn må tilpasse seg eller mistilpasse seg foreldra. Det at foreldra kan vere overdrive nære eller for fjerne vil kunne vere ei hindring for utviklinga av eit samanhengande selv. Barnet klamrar seg fast til dei umodne polane i det uutvikla selvet. Konsekvensane kan vere manglande tillit til seg sjølv, lita evne til å trøste seg sjølv, vere veldig sårbar, fortvila raseri, svingingar mellom grandiositet og depresjon, mellom omnipotens og angsten for oppløysning. Har dei kjenslemessige tilstandane og behov blitt grovt feiltolka og satt til sides, og ingen av foreldra ha vore idealiserbare, vil individet også i voksen alder slite med arkaiske grandiose-ekshibisjonistiske behov, arkaiske samansmeltingslengsel og mangel på stabile retningsgivande indre strukturar. Selvsamanheng vil vere betydelig svekka og individet vil vere offer for hyppige skiftande selvtilstander som det har vansker med å forstå og regulere. Potensialet for omfattande fragmentering vil vere stort. Personen vil i voksen alder sannsynligvis vere avhengig av andre for å regulere sine egne kjensler og for ein adekvat fortolking av eigen og andre sine kjensler. Personen kan ha det veldig bra når vedkomande befinner seg på den grandiose delen av polen, men Karterud og Monsen (2002) beskriv grandiositeten som ein ballong som i gode vindforhold kan bringe eit menneske langt karrieremessig, i det sosiale livet eller i andre ting. Men i møte med ein

spiss gjenstand så sprekk ballongen fullstendig og selvet blir liggande som ei fille på bakken. Det uferdige selvet toler lite av påkjenningar. Ein replikk som vedkomande kjenner støytande kan føre til djup fortviling, der ho eller han ikkje opplever å ha noko identitet. Ein person som lider av narsissistisk personligdomsforstyrning vil passe inn i denne beskrivinga.

I lys av selvpsykologi kan ein forstå lidinga til Tore gjennom sviktande omsorg i oppveksten. Kohut var tydelig på at uansett genetisk sårbarheit og temperament er det samspelet mellom foreldrefigurar og barn som er avgjerande. Han hevda at forelda må vere gode nok selvobjekter for borna. Funksjonen til selvobjektet for eit born er å gje det ei forståing av kva som skjer med det, bekrefte, anerkjenne, gje håp, regulere dets kjensler og vere ein god rollemodell. Ved gjentatt empatisk svikt er det risiko for at bornet får ei utvikling som gjer det vanskeligare for vedkomande i framtida å fungere så bra som det kunne ha gjort. Former for svikt kan vere mange. Setter til dømes foreldre barnets behov til side og definerer barnets behov ut frå egne behov, vil dette kunne uttrykke seg som overdriven nærleik. Ein annan svikt kan vere at foreldra er for unnvikande og fjerne og har nok med seg sjølve og ikkje responderer på det barnet gjev uttrykk for. (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010)

Kohut opererer med to hovedklasser av selvobjektfunksjoner. Det er speglende selvobjekt og idealiserte selvobjekter. Desse selvobjekta korresponderer med selvets mest fundamentale behov, som er å bli anerkjent av ein annan og ha ein tilgjengelig som ein kan beundre, sjå opp til, respektere og ønske å bli lik. Desse behova er frå barnsbein av sterke. Blir dei tilfredstilt i rimelig grad vil barnet ta til seg funksjonar som selvobjekta opprinnelig sto for. Å bli sjølvforsynt til å dekke dei behova selvobjekta har gjort når ein var barn, er det i fylgje Kohut ikkje mulig å få til. I livsløpet blir ein kontinuerlig utsatt for nye situasjonar, overraskingar, tap, traumer, sjukdommar og sosioøkonomiske endringsprosessar som ein aldri heilt kan overskue og som krever mental bearbeiding. Kohut hevdar ein trenger hjelp frå andre til å bearbeide dette. Ein treng selvobjekter heile livet, men på forskjellige måtar undervegs. Etter kvart blir det meir snakk om partnere i ein likverdig dialog som aldri tek slutt. Difor er det viktig å passe på og ta vare på eins selvobjekter. God mental helse innebærer i fylgje Kohut evnen til å omgi seg med og ta vare på livgivande selvobjekter. Som tidligare nemnt kom det ikkje fram i samtalar kva forhold Tore hadde til foreldre og omsorgspersonar under oppveksten, men han hadde

ikkje kontakt med dei lenger. I den situasjonen han var i på avdeling hadde han ingen "levande" selvobjekter igjen. Han hadde interesser og ting som var viktig for han som nok kan betraktast som selvobjekter, men han hadde ingen å likeverdige partner som han kunne ha ein dialog med slik Kohut framhever, sett vekk frå personalet på avdeling som eventuelt kunne dekke eit midlertidig behov. (Karterud, Urnes og Wilberg, 2010)

### **Kva utfordringar vil ein kunne møte når ein jobbar med ein pasient som lider av narsissistisk lidning med paranoide trekk ut i frå eit selvspsykologisk perspektiv?**

I møte med ein pasient med lidninga narsissistisk PF med paranoide trekk er der utfordringar i vente. Dei paranoide trekkane kan føre til at pasienten fort blir skeptisk til kva motivet er til behandlaren. Vedkomande vil kanskje teste ut behandlaren for sjå om han er til å stole på. Torgersen (2008) skriver at ein må ikkje gjere seg noko illusjonar om å bestå testen fyrste gong, men er terapeuten heldig får han fleire moglegheiter. Denne pasientgruppa vil ofte være engstelige når det gjeld konfidensialitet, om terapeuten til dømes har kontakt med familien til vedkomande, til samfunnsorganer eller andre behandlingsinstansar. Tore var ofte mistenksom til om personalet samarbeida med "kjeltringane" som han kalla dei. Det var noko vanskelig å få tak på kven kjeltringane var, men dei var sentrale i hans liv. Ei anna utfordring som er tilknytta pasientar med paranoide trekk er at dei tenderer å finne forklaringar på eigne problem utanfor seg sjølv og skuldar på andre. Er det dei narsissistiske trekkane som kjem mest fram vil den narsissistiske arrogansen representere eit spesielt problem. Ein person med slike trekk vil i utgangspunktet ikkje ønske å bli behandla for personligdomstrekkane sidan han meiner han er perfekt. Han vil også vere tvilande til om behandlaren kan jobben sin godt nok til å hjelpe han. (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010)

Ei grunnleggande forståing av korleis pasienten har det, bagetaliserer i fylgje Karterud, Urnes og Pedersen (2001) ikkje selvets utviklingsdefekter og tyr til overflatisk trøst og rådgiving. Men den deler heller ikkje narsissistiske illusjonar om det perfekte, smertefrie og konfliktfrie liv, slik som illusjonane til Tore var. Han hadde til dømes krav om at absolutt rettferd skulle oppfyllast. Alle som hadde gjort urett mot han gjennom livet skulle stillast til ansvar og få si straff. Han hadde ingen skuld i den dårlige økonomiske situasjonen, som var med og bidrog til at han var deprimert. Han krevde at DPS-avdelinga skulle ta tak i saka og engasjere politi og advokat. I lys av selvspsykologi vil lite konfrontering og omsorgsfull spegling vere vegen å gå for å hjelpe Tore. Ved å vere

empatisk og klare å sette seg inn i pasientens situasjon vil terapeuten få ei forståinga av korleis Tore har det, og vil vente tolmodig på at forsvarsprega overføringer forhåpentlegvis gradvis vil bli erstatta av selvobjektoverføringer. Terapeuten må i dette arbeidet tilstrebe å framstå som fullt ut ekte og som har retta den grunnleggande merksemd mot pasientens indre verd og hans forsøk på å forstå seg sjølv.

For å unngå aktivisering av forsvarande strukturar som har til formål å dekke over og skjule skamfulle selvobjektbehov, må terapeuten vere tillitvekkande og merksam på pasientens sårbarhet. Svikter terapeuten på dette området må vedkomande ha evne til å tåle raseri og motstand uten å ta igjen eller la eigne forsvarande strukturar kome i forgrunnen. I Tores tilfelle vil raseriet mest sannsynlig bli utløyst ved konfrontering av om det er realistisk å oppnå hevn overfor dei han karakteriserer som kjeltringar før han kjem seg vidare i livet. Dette raseriet som ligg og ulmer og er lett antennelig, kan ha sitt opphav gjennom ein oppvekst i ein meir eller mindre underskotssituasjon på empati. Mangel på empati og ved muligens vere eit offer for gjentatte krenkingar, er sinnet allereide avløst av kronisk gjentakande destruktivitet der raseriet til dels blir retta mot andre og til dels innover mot seg sjølv. Uforsonlig hat og revansjelyst som utgjer selvets strev på oppreisning blir sett på som eit resultat av eit skada selv og kronisk traumatiserte selvobjektbehov. Dette kroniske raseriet går dessverre ofte utover partnerar og vener og slike personar som Tore har ofte mista kontakta med fortidas traumatiserande hendingar. (Karterud, Urnes og Pedersen, 2001)

Eit mål for terapeuten å jobbe mot i forhold til Tore, kan i fylgje Karterud, Urnes og Pedersen, (2001) vere å modifisere ensidige identitetsbærande personligdomsdimensjonar og prøve å få fram andre persoligdomsdimensjonar som delvis er fortrengt eller forkasta. Skjer dette med Tore under behandling vil identiteten få fleire bein å stå på og Tore kan veksle friare mellom fleire perspektiver på seg sjølv og verda, som er ei forutsetning for meir konstruktive indre dialoger. Resultatet av fleire perspektiver på seg sjølv og verda kan vere at han vil få eit anna forhold til hemntankane. Hemntankane ville kanskje bli svakare og ikkje virke så innlysande.

Lykkast terapeuten med å bli eit selvobjekt, kan Tore internalisere noko av det terapeuten står for og i aukande grad bli i stand til å forstå seg sjølv og regulere eigen adferd i forhold til å vere mistenksam og narsissistisk. Han kan i tillegg bli klar over at den mistenksomme og grandiose væremåte som gjer det vanskelig å etablere relasjonar, har sine røter i tidlig

barndom. Kan også bli bevist på hans lave sjølvbilete resulterer i kompenserande struktur i form av ein ytre brautande og suverene stil som i lengda fører til at andre menneske held seg vekke frå han. Samtidig som at det kan skje positive forandringar når terapeuten har blitt eit selvsjett for Tore, så er det fare for at selvsjettsvikt oppstår. Svikt kan vere at terapeuten er uoppmerksom ein augneblink, er sjuk og kan ikkje møte opp eller har ferie. Ein meir alvorlig sak er om svikta botnar i motoverføring. Det er sannsynlig at Tore i løpet av behandlinga vil overføre på terapeuten konfliktfylte tankar og fantasiar knytta til tidlegare omsorgspersonar og andre personar han har hatt kontakt med. Dette kan vere ei anledning for terapeut å få innsikt i Tores ubevisste konflikter og spesielle sider ved personligdomen som er sentrale i hans personlighedsforstyrning. Men kjenner terapeuten på at han blir fornærma over å bli samanlikna med personar Tore har eit negativt forhold til, og utagerer på motoverføringa, kan det ha uheldige konsekvensar for den vidare behandlinga. Tore kan miste tillit til behandlar og selvsjettsvikt er eit faktum.

Selvsjettsvikt kan true alliansen, leie til negativ terapeutisk reaksjon og føre til brot i behandlinga. Karterud og Monsen (2002) skriv at pasientens reaksjon på selvsjettsvikt kan variere frå ein knapt merkbar dreining av tema til stormande bebreidingar. Men svikta treng ikkje berre å vere noko negativt. Karterud, Wilberg og Urnes (2010) hevdar at klinisk erfaring og empiriske studie viser at det er vanlig at alliansen svingar mellom terapeut og pasient under behandling. Skulle det skje at det blir eit brot i alliansen mellom Tore og terapeuten så treng det ikkje å bety at den terapeutiske behandlinga er over. Det er i fylgje Karterud, Urnes og Pedersen (2001) ikkje uvanlig at pasientar er tilgjengelige for reetablering av kontakta, og gjev terapeuten fleire moglegheiter. Når dette hender er det viktig at terapeuten viser interesse og er responderande. Alliansebrotet kan bringe sentrale relasjonelle utfordringar opp i dagen og representerer ei anledning til å kome vidare i behandlinga om brotet blir snakka om og bearbeida.

Karterud, Wilberg og Urnes (2010) skriv at pasientgruppa til Tore har vanskar med å forstå og bli fortrulig med essensen i psykodynamisk psykoterapi. Der målet er integrering av selvet gjennom kjensleladde samtalar om den tilknytningsrelasjonen som utviklar seg i forhold til terapeuten. Men ein kan ikkje utelukke det før ein har forsøkt. Karterud, Urnes og Pedersen (2001) skriv at det er ikkje nødvendigvis vegen for alle som lider av personlighedsforstyrningar å jage etter å utvikle det sanne selvet. Mange som lider av forstyrningar har eit fragmentert kjerneselv og kan vere veldig innvevde i familiære og

samfunnsmessige relasjonar som dei er avhengige av. Målet om å finne det sanne selvet kan virke uoverkommelig. Andre personar med alvorlige personligdomsforstyringar vil kunne bli skremt av omfanget av indre problemer, og vil difor i staden til sjuande og sist velge deira samansatte personligdomsstruktur der defensive selvstrukturar har ein vesentlig plass. I desse døma vil selvspsykologien muligens måtte innsjå sin begrensing om målet er å finne sitt "sanne selv". Sjølv om ein kanskje må justere målsettinga i forhold til selvspsykologien, så forhindrar det ikkje under behandling og elles at ein har autensitet, integrering og utvikling av det sanne selvet som idealtypisk målsetting. Karterud, Urnes og Pedersen (2001) skriver at ein må skilje mellom idealtypiske målsettingar og narsissistiske illusjonar. Det å ha idealtypiske målsettingar er ikkje det same som at ein nokon sinne vil nå målet. Det å ha idealtypiske målsettingar er noko ein strekker seg mot, noko ein kan bli inspirert av og som setter ein del av dagsordenen for det som forgår i den terapeutiske kulturen.

## Konklusjon

Kohut, grunnleggjaren til selvspsykologi var tydelig på at til tross for at det er skilnad på kor sårbare og temperamangsfulle vi menneske er i frå fødselen av, så er det samspelet mellom barn og foreldrefigurar som er avgjerande for korleis personlegdomen våra blir. Han hevda at omsorgspersonar må vere gode nok selvobjekt for borna. I samtalan med Tore kom det ikkje fram korleis barndomen hans hadde vore, men han hadde ikkje hatt kontakt med foreldra på mange år. Det kan no vere ein indikasjon på at teorien til Kohut stemmer i dette tilfellet, at relasjonen mellom Tore og omsorgspersonane har bidratt til at han er i den situasjonen han er i.

Karterud, Urnes og Wilberg (2010) hevdar at i behandling av PF vil pasientens relasjon til terapeuten unektelig virke inn på behandlinga. Dette understreker for meg at om ein skal velge eit bestemt perspektiv å jobb ut i frå, så kan selvspsykologi med dets fokus på relasjonar, vere eit verkty som kan bidra i behandlinga med å forstå pasientars mellommenneskelige vanskar. Det høver også godt i arbeidet med pasientar som Tore, som er mistenksomme til omgivnadane. Den ikkje-konfronterande tilnærminga, kan bidra til at relasjonen mellom terapeut og pasient får tid til å vokse.



I jobben med å skulle hjelpe Tore ut i frå eit selvspsykologisk perspektiv vil det vere ei utfordring å halde på han i terapiromet. For som Torgersen (2008) skriver bør ikkje behandlaren ha noko illusjonar om å bli godtatt under første møtet, spesielt på grunn av Tores paranoide trekk. Får terapeuten ein nye sjangse og klarer å vinne Tores tillit ved å vere tolmodig og empatisk på ein ikkje konfronterande måte, kan det etter kvart bli utfordrande for terapeuten å fortsette med det over lang tid uten å svikte på eit eller anna tidspunkt og selvobjektsvikt er eit faktum. Dette kan føre til at Tore mister tillit til terapeuten og alliansebrot er ein realitet og han avsluttar behandlinga. Men skjer dette trengjer ikkje behandlinga å vere over. Tore kan kome tilbake og ha ønske om å fortsette behandlinga. Terapeuten må då vere bevisst på å ta imot Tore og vere responderande og interessert i kva han har å fortelle. Alliansebrotet trengjer ikkje berre å vere negativt, men kan brukast til å kome vidare i behandlinga om det blir snakka om og bearbeida.

Å vite kva som er realistisk å oppnå for Tore med tanke på å bli friske eller betre, kan vere ei utfordring. I Kohuts målestokk for kva det er å bli betre la han vekt på utvikling og modning av den narsissistiske sektor av personligdomen. Han framheva utvikling av evna til kreativitet, empati, humor, og visdom samt akseptering av at ein ikkje kan gå forbi dødens realitet. I tillegg sa han at eit vesentlig kjenneteikn på psykisk helse er evna til å omgi seg med nærande selvobjekter og halde på dei. Er dette noko som er innanfor rekkevidde for Tore? Eller er Kohuts målestokk for kva betring er, ein narsissistisk illusjon med tanke på potensialet til Tore? I forhold til målsettingar for terapi skriver Karterud, Urnes og Pedersen (2001) om å skilje mellom idealtypiske målsettingar og narsissistiske illusjonar. Om målet er at Tore skal bli kvitt alle symptom på den lidinga han har, vil det etter mi meining vere ein narsissistisk illusjon. Men ein idealtypisk målsetting vil kanskje vere å få tone ned symptoma noko. Som til dømes om Tore kunne bli mindre mistenksom og mindre "ekspert på alt". Han ville kanskje då klare å omgi seg med nærande selvobjekter, som igjen kan føre til mindre depresjon som delvis har sitt opphav i einsemd. Ein narsissistisk illusjon vil vere å tenke at om Tore har blitt markant betre etter endt behandling, aldri vil trenge meir hjelp for sin psykiske helse. Idealtypisk målsetting vil kunne vere å rekne med at Tore vil ha utbytte av regelmessig behandling mange år framover i tid. Ikkje nødvendigis intens behandling i lang tid, men kanskje oppfylgingsamtaler annan kvar veke eller ein gong i månaden.

Torgersen (2008) hevdar at erkjenninga av at vi har mindre effektive botemidler i behandling av PF enn vi trur, sitt langt inne. Men han hevdar at dette ikkje på nokon måte bør hindre oss i å vise omsorg, men nøktern omsorg. Dette fordi å gje for mykje håp om betring kan føre til pasienten blir skuffa og terapeuten blir utbrent. Torgersen (2008) foreslår å sjå på det naturlige forløpet til PF for å gje håp, for det er i fylgje han ikkje så negativt, men behandlingsbransjen har eit ambivalent forhold til slike forløp. Det blir hevda at det skjer endring hjå dei som lider av PF, men at problema er stabile. Desse to motstridande tesene møter imidlertid i fylgje Torgersen (2008) sin syntese i fylgjande: Personlige problemer er djuptsittande og kroniske, men gjennom behandling kan knuten løysast opp.

## Referanser

Cullberg, Johan. 2003. *Dynamisk Psykiatri*. 5. utgave. Tano Aschehoug

Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen. 2002. *Selvpsykologi*. Utviklinga etter Kohut. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Karterud, Sigmund, Øyvind Urnes og Geir Pedersen. 2001. *Personlighetsforstyrrelser*. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling. Oslo. Pax Forlag A/S.

Karterud, Sigmund, Theresa Wilberg og Øyvind Urnes. 2010. *Personlighetspsykiatri*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Kohut, Heinz. 1977. *Selvets psykologi*. København. Hans Reitzels Forlag A/S.

Torgersen, Svern. 2008. *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag A/S.



