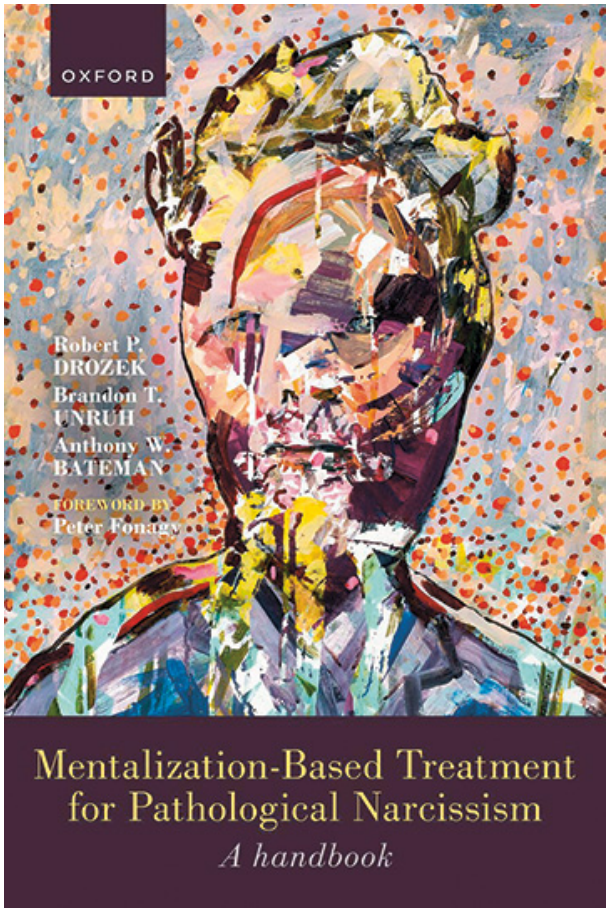
En ny vår for narsissisten

Simen Fjellstad Holm
Akerselvapsykologene
simen@akerselvapsykologene.no

Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism er en sårt tiltrengt nyvinning. La oss håpe den kan børste støv av narsissisme-begrepet.



BOK Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism. A Handbook **FORFATTERE** Robert P. Drozek, Brandon T. Unruh & Anthony W. Bateman **ÅR** 2023 **FORLAG** Oxford University Press **SIDER** 432

Narsissisme er flere ting. På folkemunne brukes det synonymt med selvopptatthet, mens det i diagnosemanualene er en personlighetsforstyrrelse, i tillegg til å være et psykologisk begrep i videre forstand. Opphavet er velkjent: den tragiske skikkelsen Narkissos, en selvforelsket jeger som av Nemesis ble straffet for sin hybris ved å forelske seg i sitt eget speilbilde, hvilket han stirret fortapt inn i, til han mistet sin livsgnist og døde.

Begrepet ble etablert av Freud i 1914, i *Til innføring i Narsissisme*, men i forhold til hans andre teorier ble det viet lite oppmerksomhet. Patologien lot seg ikke behandle med driftsteori og konfliktforløsning. Det er som om faget måtte modnes for å kunne omfavne narsissismen på en mer meningsfull måte. I etterkrigstiden ble psykologifaget tilført konsepter som tilknytning, grunnleggende trygghet, selvet og selvets utvikling og behov, samt selvfølelse og regulering av den. Dette skjedde parallelt med en vestlig samfunnsutvikling som i stor grad la bak seg klassesamfunnet

og religion som kjerne i tilværelsen. Individet fikk bevegelsesfrihet, mobilitet og personlig frihet til å utfolde seg – selvrealisering!

Kanskje var det disse faktorene som reaktualiserte narsissismen på det nyliberalistiske 1970-tallet, først og fremst takket være arbeidene til Heinz Kohut og Otto Kernberg, men også historikeren og samfunnskritikeren Christopher Lasch og hans *Den narsissistiske kultur* fra 1979. Til den dag i dag er det deres patologiforståelse og kliniske tilnærming vi ofte refererer til. Kernberg holdt seg til ego-psykologiens termer, og er tydelig på at narsissisme er skjevutvikling, patologiske prosesser i integrering og differensiering av ego og superego, med tilhørende primitive forsvarsstrategier. I Kernbergs behandling identifiserer, tolker og konfronterer terapeuten narsissistiske uttrykk, som grandiositet, berettigelse og misunnelse.

Kohut, på den annen side, ser narsissisme som mangelpatologi: Vi har alle en medfødt narsissisme, men gjennom sunn utvikling klarer de fleste av oss å moderere de narsissistiske behovene ned til et sunt nivå. Narsissisten mangler modereringen på grunn av svikt hos omsorgspersonene. Kuren blir da å tilføre det som har manglet, en kompenseringsterapi: ubegrenset empati, aksept og forståelse. Når det uunngåelig går litt på tverke i terapien, og terapeuten ikke dekker alle pasientens behov, er det sentralt at terapeuten erkjenner sin empatiske svikt, utforsker opplevelsen med pasienten og regulerer ivaretakelsen av pasienten til et nivå av *optimal frustrasjon*. På et overordnet nivå kan vi si at Kohut ser narsissisme som en normal del av utviklingen, mens Kernberg ser det som et tegn på patologisk struktur.

Siden denne debatten stilnet i et slags enig-om-å-være uenig, har lite nytt blitt brakt til torgs, med noen hederlige unntak – som bidragene til Giancarlo Dimaggio og Elsa Ronningstam. I vår evidensbaserte tidsalder finnes det imidlertid fortsatt ingen gullstandard for narsissistisk personlighetsforstyrrelse (NPD).. Det finnes ikke en eneste evidensbasert behandlingsmanual eller NICE-guide.

Behandlingsoptimisme som motgift mot stigmatisering

Hvorfor har patologisk narsissisme fått så lite oppmerksomhet i faglitteraturen de siste 50 årene? Det er merkelig, når samtiden i høyeste grad har adoptert begrepet i dagligtalen. Kanskje er dette faktisk en del av problemet. For narsissisten har blitt redusert til en sjablong. Han (ofte illustrert med en Patrick Bateman-aktig figur i dress) er sykelig selvopptatt, driter i andre, er blottet for empati og hensyn. Denne stigmatiserende reduksjonen gjøres av journalister, og skyldes nok delvis også diagnosemanualen og de diagnostiske intervjuene, som er overopptatt av ekstrem grandiositet: *Får du det vondt når andre mennesker har det bra? Tenker du mye på den makt og anerkjennelse som en dag vil bli deg til del?* Regelmessig ser vi også en vinkling i mediene, som fagpersoner bidrar til, med et rendyrket søkelys på det onde personer med patologisk narsissisme (PN) driver med, som manipulasjon, gaslighting og triangulering, og hvordan andre mennesker skal «håndteres».

Jeg tror denne fremstillingen har sammenheng med mangelen på nyvinninger i behandling av patologisk narsissisme de siste 50 årene, særlig sett i forhold til sin kusine i personlighetsfeltet: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Utviklingen av MBT og DBT for EUPF har hatt enorm betydning for hvordan personer med EUPF snakkes om i dag. De regnes ikke lenger som behandlingsresistente og manipulative, men pasienter med en alvorlig lidelse som vi har god behandling for. *MBT for Pathological Narcissism* gir meg håp om at noe liknende kan være i gjære for de med PN. Vi er avhengig av nyvinninger, innen holdning, diagnostikk/patologiforståelse og ikke minst behandling.

Mentaliseringsbasert terapi

MBT bygger på teorien om mentalisering (å reflektere rundt egne og andres sinnstilstander), og at personer med PF har en nedsatt mentaliseringsevne. De vil derfor ofte misforstå seg selv og andre, særlig når sterke følelser er involvert.

Robert Drozek og Brandon Unruh er psykiatere og garvede MBT-spesialister ved McLean Hospital i Massachusetts. Innledningsvis i boken skriver de om en vanskelig gruppe de møtte i MBT-programmet deres. Som EUPF-pasientene var også denne gruppen volatile og strevde relasjonelt, men i motsetning til dem var denne gruppen pasienter slående selvtilstrekkelige, tidvis unnvikende og tilbaketrukket og arrogant selektive i hvem de ville ha med å gjøre. De var også tilknytningssøkende, men på en mer indirekte måte enn resten: ved å dele innsikter, fortelle om krevende perioder de har mestret, og vise til fremragende bedring på kort tid. Heller enn emosjonell overveldelse strevde de med frakobling og manglende innlevelse, de opplevdes som defensive, kranglete, overlegne og tidvis aggressive, spesielt hvis selvfølelsen deres ble truet av andre. Mange ville «luket ut» disse pasientene fra behandlingen, men Drozek og Unruh mobiliserte engasjement og empati, der de fleste av oss ville pekt mot døren og skrevet «ikke motivert til videre behandling» og «mulig underliggende personlighetsproblematikk» i epikrisen.

Denne gruppen ble ansett å ha et patologisk nivå av narsissisme (PN), men oppfylte ikke nødvendigvis kriteriene for narsissistisk personlighetsforstyrrelse (NPD). Slik demonstreres fleksibiliteten klinikeren får når vi endelig skrinlegger det kategoriske PF-systemet fra DSM-4/ICD-10 og går over til den dimensjonelle tilnærmingen i DSM-5/ICD-11. Men kan denne gruppen, som strever med PN, virkelig hjelpes med MBT-prinsipper? Etter å ha lest boken virker anvendelsesverdien åpenbar. «Matchen» er faktisk slående god.

Ikke-mentaliserende tilstander

La oss ta for oss tre sentrale begreper fra MBT, som har å gjøre med ikke-mentaliserende tilstander, og se hvordan de anvendes til NP.

Pretend Mode er kognitivt tomsnakk som høres ut som terapi, men i virkelighet ikke er det. Det snakkes i det generelle, uten spesifikke eksempler og emosjonell innlevelse. Forfatterne anser pretend mode som «the single factor most responsible for lack of progress in the treatment of PN». Det er narsissistiske pasienters ekstreme tendens til pretend mode som gjør at de kan gå årevis i behandling uten å få en mer sammenhengende og nyansert forståelse av seg selv og andre, mens de fortsetter å såre de rundt seg, og forblir fastlåst «i et lukket kompenseringssystem, en selvnærende loop av ikke-virkelighet som aldri kan punkteres av andre sinn» (s. 183, min oversettelse). Intervensjoner mot pretend mode får derfor helt sentral plass i behandlingen.

Psykisk ekvivalens refererer til fastlåst skråsikkerhet: «Jeg føler det slik, derfor er det slik.» Dette er en svært fruktbar måte å forstå PN-pasienters «stil» på. De er ofte fullstendig overbeviste om sine egne oppfatninger, det er helt unaturlig for dem å undre seg. Alt er åpenbart, stivt, utvilsomt og selvsikkert hardt. Tanker legges ikke frem som tanker, men som forklaringer, en fasit. De mangler mentalisering som «reflektiv buffer». Det stereotypiske eksempelet er overbevisning rundt egen fortreffelighet, men i min erfaring dreier skråsikkerheten seg oftere om intens selvforakt etter opplevde nederlag, som eiendomsmegleren som leverte salgstall litt under avdelingens gjennomsnitt, eller filmfotografen som får tilbakemeldinger etter en tagning en regissør ikke er helt fornøyd med. Dette er fadeser som

beskrives som utilgivelige og fører til en kollaps i selvfølelsen og påfølgende raseri mot seg selv og desperate reparasjonsforsøk eller nådeløs selv-straff.

Det gir virkelig god mening å forstå narsissistiske regelverk og premisser (for at andre og en selv skal ha verdi) som psykisk ekvivalens, og intervensjonene som forklares og demonstreres i boka, virker intuitive. Man må bløtlegge det harde for å kultivere undring. Men det skal ikke gjøres med konfrontasjoner a la Kernberg, og heller ikke med grenseløs empati og forståelse a la Kohut, de legger seg på en mellomting: «… istedenfor å møte skråsikkerheten med direkte konfrontasjon går vi bort til den sammen med pasienten, mens vi utvikler det andre synspunktet som en parallell, men ikke-konkurrerende tanke» (s. 201, min oversettelse).

Man må bløtlegge det harde for å kultivere undring

I *Teleologisk modus* legges altfor stor vekt på konkrete, synlige faktorer i forståelsen av indre prosesser. Eksempelvis: «Han håndhilste på meg med fuktige hender, så han respekterer meg ikke.» Eller «jeg må ha definerte muskler for å føle meg vel». Ofte blir ikke teleologiske tendenser uttalt fullt så konkret (selv om disse er reelle eksempler), men heller som en generell overdrivelse av ytre faktorer som utseende, penger, tilbakelagte reisemål, antall seksualpartnere, yrkestittel – altså et rigid forståelsesforhold mellom ytre faktorer og indre prosesser. Forfatterne legger denne tendensen til grunn som forklaring på «handlingstrykket» vi ser i narsissisme på patologisk nivå: Emosjonelt ubehag fører nødvendigvis til handling, for problemene og løsningene oppleves å være utenfor, og ikke i sinnet. For å kunne føle seg bedre, enten for å skape en god følelse, eller kvitte seg med en dårlig en, må noe ytre endres.

Intervensjonene rettet mot teleologien er snedige, ved at de unngår konfrontasjon, samtidig som de «medfølende, men innbitt» styrer samtalen mot å koble atferd og sinnstilstand; hva er den indre prosessen som ligger til grunn, som hittil har gått under radaren? Hva prøver du å få til med dette? Og hva er konsekvensen av denne vektleggingen av det ytre for selvfølelsen din? I MBT vil vi legge til nye refleksjoner, ikke tvinge vekk gamle, og slik bygges, på tålmodig vis, evne til refleksjon om seg selv og andre. Utfordringene skal ikke være så voldsomme at den skjøre selvfølelsen trues, og alt bygges på en validerende, ikke-vitende holdning. Det males med tynne strøk, over tid. To til fire år, anslår de.

La oss håpe denne behandlingsoptimismen skaper ringvirkninger i feltet

En domenebasert MBT-modell

Freuds *Til innføring i narsissismen* er på 83 sider. Karterud og Batemans første MBT-manual for EUPF er 130 sider lang. *MBT for Pathological Narcissism* er som en murstein å regne i forhold: 400 sider. Lengden skyldes ikke teoretiske utgreiinger, men metodologisk grundighet og detaljfokus. De har konseptualisert MBT på en helt ny måte, nemlig en *domenebasert* MBT, og en fastsatt rute (trajectory) som skal strukturere enkelttimer og rekkefølger på intervensjoner. Dette er en håndbok, som skal gi svaret på hva man skal gjøre, og når man skal gjøre det.

Domenene er *innhold, kontekst* og *prosess*. Grunnleggende sett skal man i *innhold* få tak i konkrete hendelser, sinnstilstander i selv og andre, for så å utforske og tydeliggjøre disse, til narrativet fremstår så tydelig i eget indre at en kan se det hele for seg og leve seg inn i det. Det er her pretend mode forebygges. Man må møysommelig jobbe frem materien ved hjelp av intervensjonene utforsking, oppklaring og et validerende emosjonsfokus. Alt man har til rådighet resten av timen, kommer herfra.

I *kontekst* skal man jobbe med å se sammenhenger mellom alt man har fått på bordet i *innhold*. Hva er sammenhengen (toveis-påvirkningsforhold) mellom en sinnstilstand og en ytre hendelse? Eller sinnstilstanden og en atferd? Her vises det på glimrende vis hvor kort vei det er fra det (for terapeuten) banale til det sublime. For ved å innbitt nyansere forholdet mellom atferd og mentale tilstander beskrives det hvordan en person med PN får et blikk for de emosjonelle kreftene som driver egen og andres atferd. Det jobbes møysommelig med å bygge opp en «mentaliserende buffer» som kan forhindre skadelig atferd. Denne gruppen skjønner ofte lite av hvordan atferden deres *påvirker* dem selv og andre. De har derfor vært passive ofre i sitt eget liv, uten opplevd påvirkningskraft. De er misfornøyde og sinte over hvordan andre behandler dem, men ser ikke hvordan de selv kan være *konteksten* for andres følelser og atferd. Arbeid med dette kan føre til en opplevelse av autonomi: «Mens vi innbitt, men medfølende retter pasientenes oppmerksomhet mot sin egen medvirkning (…) begynner de å reflektere over denne medvirkningen» (s. 162, min oversettelse).

I den siste delen av timen, *prosess*, skal man ha gjort seg opp en mening om pasientens spesifikke mentaliseringssvikter, og intervenere mot disse, altså de ovennevnte pretend mode, psykisk ekvivalens og teleologisk tenkning.

Enkelt og greit!

Noen kritiske bemerkninger

I sum har altså Drozek, Unruh og Bateman laget en ambisiøs håndbok, en steg-for-steg-tilnærming til behandling av patologisk narsissisme. De definerer PN som tilknytningsrelatert nedsettelse av mentaliseringsevnen, som fører til refleksivt behov for kompenseringsatferd for å opprettholde stabilitet og sammenheng i selvet. Oppstartsarbeidet skal gjøres grundig, og kasusformuleringen er fundamentet som dikterer terapiens retning. Deretter skal pasienten loses gjennom hvert av de tre mentaliseringsdomenene. De velkjente fallgruvene i narsissisme-behandling – frakoblet pseudo-terapi, skråsikkerhet og overopptatthet av det ytre og observerbare og kompenseringsstrategier for en ustabil selvfølelse – er oversatt til MBT-språk, og det går aldri mange sidene mellom gode verbatime eksempler på potente intervensjoner.

Dette er et beundringsverdig og inspirerende stykke arbeid, gjort av engasjerte fagpersoner som vil vel, og som har en dyp empati med pasientene de forsøker å hjelpe. Ingen av eksemplene er der for å illustrere «det ekstreme» i patologien, men forklares som lidelsesuttrykk og forstås empatisk. Fordommer, som at de med patologisk narsissisme er for selvopptatte til å bry seg om hva terapeuten mener, finnes ikke. Forfatterne opplever utvilsomt at de får til å hjelpe gruppen, og ønsker å dele metoden sin.

Kanskje er det nettopp engasjementet, eller begeistringen, som gjør at det blir litt «kjekt og greit» noen ganger. Det tviles lite i denne håndboka. *Ikke så enkelt!* noterte jeg flere ganger i margen. For med en «ordentlig» narsissist er det vanskelig å komme til orde, spesielt når de, oppglødd i sin overbevisning, bare vil få gjennom historien sin. Å da stille spørsmål rundt narrativet, å tvinge inn nyanser og undring, kan vekke krenkelse på et millisekund. Raseri eller selvfølelseskollaps ligger konstant og truer, så man vokter sine ord, ofte med intense motoverføringsreaksjoner som frykt, forakt eller sinne.

Heldigvis drøfter de ikke bare den samarbeidsvillige narsissisten, selv om det kan fremstå slik i bokens første 250 sider. Der er nemlig intervensjonene så vellykkede og lander så godt hos pasienten at jeg savner mer ydmykhet i tilnærmingen. Men så vier de resten av boken til nettopp dette; hvordan

å jobbe med relasjonelle utfordringer i terapirommet. Takk og lov. Det får være greit at de først vil demonstrere modellen, rendyrket og idyllisert, før problemløsning fyller de siste kapitlene.

Begrunnelsen for oppstykkingen av MBT til en domenebasert modell med en bestemt rekkefølge er todelt. For det første er det et tiltak mot overveldelsen man som terapeut kan føle i møte med de anti-terapeutiske kreftene i narsissisme (avvisning, pretend mode, krenkbarhet, aleksitymi). Det skal dermed tydeliggjøres hvor problemet til pasienten ligger, og skreddersy intervensjoner. For det andre skal det gjøre MBT lettere å forstå for nybegynnere. At innviklede boks-systemer og piler gjør MBT lettere å forstå, er jeg sterkt uenig i. Som fersk MBT-terapeut var det nettopp det ukompliserte ved modellen som appellerte til meg. Jeg opplevde MBT mer som en terapeutisk *holdning*, med masser av bevegelsesrom, som gjorde at man kunne finne frem til sin egen form. Det var aldri lett, men det skyldtes mangel på trening, ikke uhåndgripelige boks-diagrammer med piler i alle retninger. Og det er mange bokser i denne boken, enda flere piler. Jeg opplever heller denne tilnærmingen som MBT for «spesielt interesserte».

Forfatterne tar sterkt avstand til psykoanalysens språk, og gir etter mitt syn for lite honnør til feltets tidligere bidragsytere. Noen ganger selges «gammel vin på ny flaske», og jeg skulle ønske de var mer integrative i sin formidling. De anser den terapeutiske relasjonen som en potent og intim kontekst for aktivering av pasientens tilknytningsbehov, og er følgelig opptatt av å identifisere ting som spiller seg ut i terapien som minner om erfaringer ute i livet. Dette kaller de «Relational tracers». Å diskutere dette fenomenet som noe nytt, og ikke som *overføring*, er smått provoserende og historieløst. Spesielt da overføringsbegrepet nærmest idiotforklares som ikke-mentaliserende, med stråmannsargumentasjon. Det er langt fra sannheten at vi som finner dette begrepet nyttig, bruker det «autoritativt», med en tanke om at vi har en fasit på hva som spiller seg ut.

Avslutningsvis må det også nevnes at MBT-N kun innbefatter en individualterapeutisk tilnærming. Gruppeperspektivet og kombinasjonsbehandlingen, som står så sentralt i MBT for EUPF, er glemt. Kanskje skyldes dette at det domenebaserte behandlingsformatet blir for innfløkt for en behandlingsgruppe? Kanskje er det fortsatt under utvikling?

En ny vei fremover

Unruh, Drozek og Bateman har altså oversatt narsissisme til MBT-språk og laget en grundig, omfattende og praksisnær håndbok, full av gode eksempler. Boken er anvendbar og et sårt tiltrengt bidrag inn i et felt som har stagnert, da får vi tilgi at forfatterne blir for historieløse og er lite integrative med sin egen nomenklatur. De behandler ikke narsissistisk personlighetsforstyrrelse, men patologisk narsissisme, og kan dermed unngå problemene knyttet til de ekstreme diagnosekriteriene, og dermed også nå personene med subdiagnostiske lidelsesuttrykk. La oss håpe denne behandlingsoptimismen skaper ringvirkninger i feltet. Kanskje er det dette vi trenger for å legge bak oss den stigmatiserende og avvisende holdningen disse pasientene møter. Hvem vet, kanskje vil en slik utvikling også prege tidsånden for øvrig, slik at vi i fremtiden kan få en større raushet for dette dagsaktuelle lidelsesuttrykket.

Merknad. Ingen oppgitte interessekonflikter

Publisert: 30.04.2024, Tidsskrift for Norsk psykologforening.