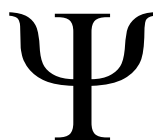




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Skjør terapeutisk allianse i behandling av pasienter med
narsissistisk personlighetsforstyrrelse***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Andy Andre Thiem

Vår 2013

Veiledar
Anita Lill Hanse

Forord

Jeg vil rette en stor takk til mine kolleger i fengselspsykiatrien i Bergen fengsel for all den støtten de har gitt meg. Spesielt retter jeg en stor takk til psykologspesialist Erik Risnes, som var min veileder under eksternpraksisen. Erik ga meg den unike mulighet til å jobbe med denne pasientgruppen. Denne hovedoppgaven har hentet mye inspirasjon og motivasjon fra praksisoppholdet.

Videre takker jeg Elin Marie Røen og Grethe Helde som begge brukte mye tid og krefter på å korrekturlese oppgaven. Sist, men like viktig, stor takk til min hovedfagsveileder Anita L. Hansen.

Abstract

The topic of this thesis is therapeutic alliance with patients with narcissistic personality disorders (NPD). The purpose of this paper is to investigate how such an alliance can be achieved, despite poor and diffuse prognoses and scarce guidelines. The theoretical framework is psychoanalytic and psychodynamic oriented. This paper has reviewed 6 articles, which contain 7 cases to highlight the therapeutic challenge in treatment of NPD patients. Across the seven cases the importance of projection and transferring, counter transferring, self-disclosure and transparency emerge as five common factors that help promoting therapeutic alliance. The results indicate that it is difficult, but not impossible to build good therapeutic alliance with NPD-patients.

Sammendrag

Tematikken i denne oppgaven er terapeutisk alliansebygging med pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan en slik allianse kan skapes, til tross for dårlige prognoser, diffuse og mangelfulle retningslinjer. Det teoretiske rammeverket er psykoanalytisk og psykodynamisk orientert. I denne oppgaven ble seks artikler med til sammen sju kasuistikker gjennomgått (review) for å belyse den terapeutiske utfordringen i behandling av NPD-pasienter. Projeksjon, overføring, motoverføring, selvavsløring og transparenthet (transparency) trer frem som fem viktige fellesfaktorer for god alliansebygging på tvers av alle syv kasuistikker. Foreløpige resultater indikerer at alliansebygging med NPD-pasienter er vanskelig, men at dette ikke er umulig.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Abstract	ii
Sammendrag	ii
Innholdsfortegnelse	ii
Innledning	1
Forskning på og måling av NPD	3
Kohuts teori	3
Kernbergs teori	5
Moderne syn på narsissisme opphav og etologi	6
NPD i moderne perspektiv	8
Rasjonale bak bruken av felles betegnelse (NPD) for begge subtypene	12
Problemstilling	13
Metode	13
Kasuspresentasjon	14
Kasus 1	14
Kasus 2	15
Kasus 3	16
Kasus 4	17
Kasus 5	17
Kasus 6	18
Kasus 7	19
Behandling, utfordringer og utfall	20
Kasus 1	20
Kasus 2	22
Kasus 3	23
Kasus 4	25
Kasus 5	26
Kasus 6	27
Kasus 7	29
Oppsummering av kasustikker	30
Diskusjon	32

Projeksjon.....	33
Overføring	33
Motoverføring	34
Selvavsløring og transparency.....	35
Psykoterapeutiske begrensninger i behandling av NPD.....	38
Oppgavens begrensninger	39
Implikasjoner.....	41
Forslag til videre forskning	42
Referanseliste	44

Innledning

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke elementer ved psykologisk intervensjon som kan fremme god terapeutisk allianse med pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse ved hjelp av en litteraturgjennomgang av case-studier. Det foreligger lite systematisk forskning på dette området, og mer kunnskap vil kunne ha viktige implikasjoner mht behandling av denne pasientgruppen.

Å behandle pasienter med *narsissistisk personlighetsforstyrrelse*, heretter omtalt som *NPD (narcissistic personality disorder)* er en komplisert prosess (Gabbard, 2009; Ronningstam, 2012; Magidson, Collado-Rodriguez, Madan, Perez-Camoirano, Galloway, Borckardt, Campbell, & Miller, 2012). Det eksisterer bred enighet blant fagfolk om at hovedhindringen i behandling av disse pasientene er hvordan en god og stabil terapeutisk allianse kan skapes og ikke minst opprettholdes (Dimaggio, Fiore, Salvatore & Carcione, 2007; Kernberg, 2007). Det virker derfor som et stort paradoks, at det tross bred enighet foreligger overraskende lite forskning på hvordan helsevesenet best mulig kan hjelpe denne pasientgruppen (Perry, Banon & Floriana, 1999; Magidson, et al. 2012). Det finnes en del amerikansk litteratur om fenomenet (Videbech, Kjølbye, Sørensen, & Vestergaard, 2010), men når det kommer til intervensjon og behandling er litteraturen nokså begrenset og mangelfull (Dhawan, Kunik, Oldham, Coverdale, 2010; Paris, 2012). Litteraturgjennomgang har avdekket at det foreligger lite systematisk forskning på klinisk behandling og intervensjon av NPD-pasienter på gruppenivå (Britton, 2004). Denne pasientgruppen blir lett kasteball mellom ulike instanser i helsevesenet (Magidson et al. 2012). Kohut (1971, 1972, 1977) og Kernberg (1984) var blant de første psykologer som tok til orde for mer systematisk psykologisk behandling av NPD-pasienter. Deres tenkning og ideer har inspirert moderne forskning og behandling av denne pasientgruppen. Kohut antar at NPD er ytterpunkt på samme skala i personlighetsutvikling. Det vil si at narsissistiske trekk anses som normalt hos

mennesker, men har utviklet seg uheldig og skadelig hos NPD-individer. Kernberg har en mer patologisk forståelse av NPD-fenomenet. Han ser på NPD som en variant av borderline personlighets forstyrrelse.

Terapeutisk allianse er viktig i enhver psykologisk behandling, men er særdeles viktig og essensielt i behandling av NPD (Romano, 2004). Dette fordi ethvert intendert tiltak er dømt til å mislykkes, dersom en ikke oppnår god allianse på et tidlig tidspunkt (Shilkret, 2006). Dårlig allianse fører som regel til brudd i behandling, noe som er ødeleggende for disse pasientene (Romano, 2004). Brudd oppleves både traumatiserende og smertefullt, noe som igjen gir næring til sykdommen (Zeigler-Hill, Myers & Clark, 2010; Ronningstam, 2011a).

I oppgaven har det blitt benyttet kasus-studier for å belyse og drøfte problemstillingen. Dette er gjort av to hovedårsaker. For det første fordi det foreligger lite forskningsbasert materiale med hensyn til behandling på gruppenivå (Britton, 2004). For det andre har kasus-studier vist seg å ha positiv effekt i behandling av NPD-pasienter (McNeal, 2003; Almond, 2004; Shilkret, 2006; Nicolo, Carcione, Semeri & Dimaggio, 2007; Dimaggio & Attina, 2012; Ronningstam, 2012). Derfor vil det være nyttig å foreta en gjennomgang av kasus-studier for å se om det er noe systematikk i behandlingen som gir resultater man kan trekke ut av dette.

Kasusstudier i oppgaven blir derfor ledd i undersøkning og drøfting av kvalitative aspekter i behandling av NPD-pasienter. Dette kan bidra til bedre forståelse av hvordan helsevesenet kan bistå denne pasientgruppen på en bedre måte. Oppgaven har derfor ikke som formål å generalisere eventuelle funn til å gjelde på populasjonsnivå. Drøftingen underbygger heller paradokset at på tross av manglende retningslinjer er det mulig å danne allianse med NPD-pasienter. Kasustikkens heterogenitet bidrar til å belyse at selv om NPD ofte blir ansett som en tapt sak, er det likevel håp. Kasustikkene setter i tillegg også søkelys på hvordan

helsevesenet forstår NPD-fenomenet, og dernest hvordan fenomenet blir håndtert og behandlet.

Forskning på og måling av NPD

I likhet med andre psykologiske fenomen er NDP også omdiskutert (Rose, 2002; Miller, & Campell, 2010). Debatten går først og fremst på hvordan forskning skal identifisere NPD; trekk, domene, dimensjon eller personlighetsforstyrrelse/type (Alarcon & Sarabia, 2012)? Det er i tillegg fremmet forslag om at NPD ikke bør stå som selvstendig diagnose i DSM-IV (Ronningstam, 2011b). Et av de mest brukte NPD-måleinstrument er NPI (*narcissistic personality inventory*) (Miller & Campell, 2010). Likevel har flere stilt spørsmålstegn ved generaliserbarheten av funnene (Miller, et al. 2009). Tross stort utbredelse i bruk av NPI blant fagfolk, er det overraskende hvor lite forskning som er blitt gjort for å validere testens ulike validiteter. Og det er enda færre studier som setter NPI i sammenheng med DSM-IV NPD-kriteriene (Miller, et al. 2009). NPD som selvstendig diagnose står i fare for å bli fjernet fra DSM-V. Dette kan muligens forklares med usystematisk forskning på fenomenet. Stor uenighet blant fagfolk. Sist, men ikke minst er det også blitt stilt spørsmålstegn ved bruk av friske individer og studenter i forståelsen av NDP (Widiger, 2010).

Kohuts teori

Kohut (1977) hører til den psykoanalytiske tradisjonen. Hans oppfatning av NPD har derfor røtter i det freudianske perspektiv, mens Kohuts kliniske håndtering av NPD er mer psykodynamisk og eklektisk preget. Kohut ser på NPD som noe mer enn en patologisk tilstand med opphav i utilfredstilte behov i en nokså intakt personlighetsstruktur. Han anser NPD som psykologisk feilfungering og feiltilpasning i sentrale strukturer i personligheten. Kohut (1972) vektlegger at NPD-individer har utilstrekkelig utvikling av interne psykiske strukturer. Denne mangelen bidrar til at de opplever seg selv som ambivalente,

usammenhengende og ustabile i forhold til eget selvbylde og selvverd. Identitetsfølelse blir derfor også forstyrret.

Kohut (1977) ser den psykopatologiske kjernen i NPD som todelt, men som henger sammen og er i interaksjon med hverandre. Den første delen omhandler defekter, disse oppstår i barndommen og forårsaker ulike defekter i selvets psykologiske struktur. Den andre delen omhandler strukturformasjoner som også erverves/utvikles i tidlig barndom som resultat av defekter (Kohut, 1977). Strukturformasjonene kan igjen inndeles i «defensive og kompensatoriske strukturer». Defensiv struktur er når denne har som hovedoppgave eller mål å dekke over en defekt i personligheten. En struktur anses som kompensatorisk når den har som mål og/eller hovedoppgave å kompensere for et defekt område (Kohut, 1977). I moderne litteratur finner vi disse strukturene under betegnelsen ”sårbare og grandiose typer” (Widiger, 2012). Kohuts ide kan anses som en dimensjonal tilnærming, da han fremhever at narsissisme i seg selv ikke er unaturlig og/eller patologisk. Tvert om anser han narsissisme som en naturlig del av personlighetsutviklingen. En må ha visse ambisjoner for å nå sine mål. En må være glad i seg selv for å kunne være glad i andre (Kohut, 1971). Den normale utviklingen vil derfor være avhengig av god og adekvat omsorg og oppmerksomhet fra foreldrene i tidlig barndom. Patologisk narsissisme vil derfor være resultat av uhensiktsmessig omsorg. I dette ligger det blant annet at barnet opplever sine foreldre som kalde, avvisende eller destruktive. Når barnet ikke får opplevelsen av å bli verdsatt for sine bedrifter gjennom speiling, utvikler dette barnet etter hvert kompensatoriske strukturer (den grandiose typen) for å ivareta sitt selvbylde. Kohut (1971) spekulerer i tillegg på om ikke slike foreldre også setter for høye standarder som barnet får vanskeligheter med å nå, og derved få konstant følelse av utilstrekkelighet. Disse ustabile selvstrukturene vil i henhold til Kohut være i en arrestert tilstand. Kjernen i selvet vil fortsette å ekspandere, men da i anormal retning.

Kernbergs teori

Kernberg har også sitt utspring i den psykoanalytiske tradisjonen og er blant de første som har gått systematisk til verks i behandling av individer med NPD. Han anser at NPD oppstår rundt slutten av det oralske utviklingsstadiet og er en subtype av borderline personlighetsforstyrrelse, med stort innslag av antisosial atferd (Russell, 1985).

Kernberg (1984) deler NPD inn i ”*normal adult, normal infantile and pathological narcissism*”. Normal infantil narsissisme omhandler barn som er normale, men overdrevent opptatt av selv-struktur. Normal adult narcissism omhandler i stor grad om mennesker med individualisert og abstrakt superego, dvs. en overopptatthet av umiddelbar tilfredsstillelse av egne behov. Patologisk narsissisme derimot er karakterisert med anormal selv-struktur og inndeles igjen i to typer; i den ene gruppen har vi individer som patologisk identifiserer seg med et objekt og deretter projiserer selvet inn i dette objektet. Med tiden mister disse pasientene fornemmelse av sitt eget selv og blir derfor avhengig av objektet selv. Dette er trekk som vi oftest finner igjen hos den *sårbare typen*. Kernberg (1984) anser den andre typen som en mer alvorlig forstyrrelse; *den grandiose typen*. Grandiose pasienter fungerer generelt bra i hverdagen og det er lite som tyder på at de er syke. Det er gjennom grundig diagnostisk utredning at symptomene til den grandiose pasienten kommer til syne. Overdrevent selvopptatt, overdrevent opptatt av andres beundring, ambivalent selvbilde, følelse av mindreverd tross uttrykk for uovervinnelighet er blant symptomene som finnes hos grandiose pasienter. I tillegg har de et overflatisk følelsesliv og er mer opptatt av hva andre kan bidra med enn dem selv. Lite empati og bruk av umodne forsvarsmekanismer er også viktige kjennetegn (Kernberg, 1984).

Tross til dels ulikt symptombilde, mener Kernberg (1984) at det likevel finnes mange fellestrekk mellom gruppene. NPD-individer har en tendens til å misunne andre, idealiserer ofte andre som kan gi dem narsissistiske tilskudd, håner og devaluerer andre som de ikke

forventer noe av. På overflaten viser de seg ofte sjarmerende og varme, men under overflaten preges de av kulde, tomhet og kynisme. Slike pasienter er helt avhengige av andre, pga. deres sykelige avhengighet av beundring og aksept. Dette er vanskelige kasus, da disse pasientene ofte er mistroiske i tillegg til deres hånlige atferd overfor andre mennesker.

Kernberg (1984) ser en sammenheng mellom NPD-pasienter og borderline pasienter, hvor begge gruppene har en sterk ytre og beskyttende struktur, men et meget skjørt og ambivalent indre følelsesliv. Dette kan muligens skyldes mangel på trygge og stabile objektreelasjoner (først og fremst nære omsorgspersoner). Kernberg (1997) antyder at NPD-pasienter har størst behandlingsutbytte ved overføringsfokusert terapi. I noen tilfeller kan støttende terapi eller kognitiv atferdsterapi være å foretrekke.

Moderne syn på narsissisme opphav og etologi

I følge Cramer (2011b) er forskere delt i synet på hvilke faktorer som bidrar til at narsissisme oppstår. Synspunktene kan deles inn i to hovedteorier. Felles for begge teoriene er betydningen av foreldre-barn interaksjonen i tidlig barndom (Donner, 2006). Den ene teorien fokuserer på en overbeskyttende og overinvolverende foreldrestil (Vater, Ritter, Schröder-Abé, Schütz, Lammers, Bosson, & Roepke, 2013).

Den første teorien går blant annet ut på at barn til disse foreldrene får mye mer ros enn andre barn for samme innsats. Disse barna får også ofte høre at de fortjener de godene de får, at de er bedre enn andre barn og ikke minst at de er spesielle (Thomaes, et al., 2009). Denne over-ubetingede foreldrekjærighet antar forskerne er med på å bidra til utvikling av den grandiose narsissisten. Ikke minst for mye foreldrevalidering, gjør disse barna avhengige av ekstern validering og kontinuerlig behov for bekreftelse fra omverden for sine evner og talent. Det er på dette området at narsissister støter på den største utfordringen i hverdagen; at omverdenen ikke alltid gir tilbakemeldinger i form av ubetinget kjærighet og/eller

anerkjennelse (Thomaes, et al., 2009). Thomaes et al. (2009) sitt syn har forankring i både Kohut og Kernberg sine ideer, likevel er synet støttet opp under moderne forskning innen utviklingspsykologi, biologisk psykologi, sosialpsykologi og andre relaterte fagfelt.

Den andre teorien som finner sin støtte hos blant annet Horton Bleau og Drwecki (2006) vektlegger også foreldrenes interaksjon i utviklingen av narsissisme, men i motsetning til foreldre under første teorien, er disse foreldrene kalde i interaksjonen med sine barn. Det stilles for strenge og for høye krav, noe som kan oppleves både vanskelig og urimelig for det enkelte barn. Ikke minst viser disse foreldrene manglende støtte, varme og omsorg. For å beskytte seg mot nederlag og manglende omsorg, utvikler disse barna NPD, især den sårbare typen. I likhet med barn fra første teorien, er disse barna også avhengige av bekreftelse fra andre for å føle seg sett og verdsatt. Horton et al. (2006) sitt syn på NPD er kontinuum, og ligger tett opp til Kohuts syn. Teorien antar at foreldres omsorg (omfatter adekvat psykososial støtte) spiller en vesentlig rolle i utvikling av sunn narsissisme. Med sunn narsissisme mener Horton et al. (2006) at individer har store, men realistiske ambisjoner. I tillegg er disse individene også ekstra oppmerksomme på sine behov og samtidig også ivaretagende i forhold til andres behov. Syke og usunne narsissister har foreldre som driver med utstrakt bruk av kontroll (det dreier seg om detaljstyring av barnets liv og hverdag).

Moderne forskning har gitt støtte til begge teoriene. Funn tyder på at foreldrenes overinvolvering, overbeskyttende holdning og atferd, gjerne i kombinasjon med ambivalent emosjonell inntoning og speiling er viktige faktorer for senere utvikling av NPD hos sårbare/utsatte barn (Cater, Zeigler-Hill, & Vonk, 2011). I retrospektive studier på voksne NPD-pasienter rapporteres det at foreldrene hadde urealistiske forventninger til sine barns evner, deres utrolige talent og ikke minst at de sjelden eller aldri kom med kritikk (Horton, Horten, et al., 2006).

Otway og Vignoles (2005) rapporterer også om tilsvarende resultater. Deres respondenter er eldre narcissistiske barn og ungdommer. De rapporterer om foreldre som sjelden setter grenser og som tvert imot er mer opptatt av å overprise sine barn. Disse barna og ungdommene opplever også en likegyldig emosjonell holdning fra sine foreldre, tross overinvolvering, noe som i seg selv er paradoksalt og vanskelig for barn å håndtere. Horton et al. (2006) viser også gjennom sin forskning at foreldrene til disse barna er emosjonelt likegyldige, men i tillegg er de også emosjonelt kontrollerende. Kontrollen utøves gjennom avvisning og/eller andre skyldfremkallende teknikker. Det finnes også enkelte som ser på NPD som selvforskyldt, da med begrunnelsen at NPD-pasienter har hatt en alt for god barndom (Millon & Everly, 1985). Med god barndom menes at som barn har NPD-pasienter hatt en oppvekst skånet for traumer, ansvar og oppgaver (Cramer, 2011a).

NPD i moderne perspektiv

DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) definerer NPD som *et vedvarende mønster av grandiositet i fantasi eller atferd, behov for beundring og mangel på empati*.

Sykdommen debuterer i tidlig voksen alder (Cramer, 2011a), er tilstede i ulike kontekster og må omfatte minst fem av følgende kriterier: 1) grandios opplevelse av egenverd ``self-importance``, herunder overdrivelse av egne evner og talent, forventer at andre skal erkjenne ens ``superior achievements`` (Ronningstam, 2011a), 2) overopptatthet av ubegrenset suksess, makt, kunnskap, skjønnhet og ideell kjærlighet (Raskin & Novacek, 1991; Cramer, 2011), 3) opplevelse av å være unik, og vedkommende kan derfor kun bli forstått av andre viktige individer og/eller kun assosieres med «viktige andre» (Emmons, 1984), 4) overdrevet forventning om beundring (Watson, Sawrie, Greene & Arredondo, 2002; Kernberg, 2007), 5) ``has a sense of entitlement``; forventer å bli behandlet bedre enn andre, og ønsker og behov må bli tilfredsstilt (Dhawan, Kunik, Oldham, & Coverdale, 2010; Cramer, 2011; Paris, 2012),

6) utnyttelse av andre for å oppnå egne ønsker og behov (Campbell, 1999), 7) mangel på empati; ute av stand til å sette seg inn i andres følelser og behov (Magidson, Collado-Rodriguez, Madan, Perez-Camoirano, Galloway, Borckardt, Campbell, & Miller, 2012), 8) stor grad av misunnelse og tror ofte at andre også misunner han/henne. (Kernberg, 2007), 9) viser arrogant (Bender, 2012) og hånlig atferd og/eller holdning overfor andre (Bogart, Benotsch, & Pavlovic, 2004).

Tross sykdommens alvorlighetsgrad er det mye en ikke vet om sykdommens etiologi og utvikling (Paris, 2012; Cramer, 2011b). Narsissistisk personlighetsforstyrrelse står som selvstendig diagnose i DSM-IV, men går under sekkebetegnelsen «andre personlighetsforstyrrelser» i ICD-10. Dette vanskeliggjør tallfesting av prevalens. Dhawana, Kunik, Oldham og Coverdale (2010) har antydnet at prevalensen for narsissistisk personlighetsforstyrrelse ligger på rundt 1 %. Stinson, Dawson, Goldstein, Chou, Huang, Smith, Ruan, Pulay, Saha, Pickering & Grant (2008) hevder at tallet kan være så høyt som 6.2%. Andre igjen har hevdet at prevalensen ligger på 0 % (Hunt, 1995; Mattia & Zimmerman, 2001). En av grunnene til at prevalenstall for denne lidelsen er usikre, er mangel på systematisk empirisk forskning til støtte for lidelsen (Bender, 2012).

Mangel på forskning kan muligens bidra til at NPD ikke står som selvstendig diagnose i ICD-10 (Paris, 2012). Det er i tillegg lite kjent når og under hvilke omstendigheter sykdommen oppstår, bortsett fra at der er en arv-miljø-interaksjon (Imbesi, 1999). Det er heller ikke mye forskning på hvorvidt sykdommen er stabil eller om den endrer seg over tid (Thomaes, et al., 2009; Cramer, 2011). I klinisk sammenheng frarådes det å stille diagnosen NPD før i voksen alder. Likevel har forskning indikert at NDP-trekk foreligger allerede i barndommen (Willock, 1985), selv om empirisk støtte for dette foreløpig er prematur (Thomaes, et al. 2009). Barn som overinvesterer i eget self-esteem manifesterer dette trekket allerede rundt 8 årsalderen (det er sannsynlig at prosessen som senere fører til utvikling av

NDP starter før 8 årsalderen). Andre trekk som ses hos normale barn, men noe mer markant hos sårbare NDP-barn viser seg også rundt slutten av barndommen. NDP har sannsynlig opphav i individets personlighetstrekk og opplevelser fra tidlig barndom (Thomaes, et al. 2009). Narsissisme hos barn og ungdom har flere likhetstrekk med narsissisme hos voksne med NPD, først og fremst aspekter som går på mellommenneskelige relasjoner (Cramer, 2011). Disse går blant annet på større grad av selvopplevelse om uovervinnelighet, utnyttning av situasjoner for å gi bedre inntrykk av seg selv (Wallace & Baumeister, 2002), dårlig empatisk forståelse samt manipulering og utnyttning av andre (Thomaes, Stegge, Bushman, Olthof, & Denissen, 2009; Roche, Pincus, Conroy, Hyde, & Ram, 2012). Cramer (2011a) betrakter tilstanden som `barndom narcissisme`. Tross denne overinvesteringen i eget ego, er predisponerte barn overfølsomme for nederlag og tilbakeslag mot egoet. Når de opplever at deres ego er truet, responderer de oftest med negativ atferd som aggresjon og trass overfor andre (Barry, Frick, & Killian, 2003).

Selv om det finnes endel forskning på NPD, er det likevel mangelfullt når det kommer til behandling av disse pasientene (Britton, 2004). Det har blitt hevdet at NPD er en mer alvorlig diagnose enn andre typer personlighetsforstyrrelse (Kernberg, 2007). Denne pasientgruppen fungerer på mange måter i et grenseland mellom personlighetsforstyrrelse og emosjonell forstyrrelse (Twenge & Campbell, 2003). Dette er med på å komplisere behandlingsforløpet. Kernberg (2007) peker på 4 hovedområder hvor NPD har størst utfordring og som byr på store utfordringer for helsevesenet.

For det første peker Kernberg på at NPD-pasienter har et urealistisk forhold til selvet, altså patologi av selvet. Disse pasienter unngår situasjoner som strider mot deres opplevelse av å være unik. For det andre mener Kernberg at denne pasientgruppen har patologi i relasjon til andre som innebærer stor grad av sjalusi (både på bevisst og ubevisst plan). Disse utviser en utnyttende atferd overfor andre for å oppnå goder for seg selv. Denne atferden i

kombinasjon med mangel på empati gjør at forhold til medmennesker ofte er skjøre og kortvarige. Selv om personer med NPD ønsker stabile relasjoner til andre, har de vanskeligheter med opprettholdelse av disse. Det fjerde problemområdet er patologi av superego. Kernberg poengterer at det er ulik grad av patologi av superego. Den mest alvorlige graden er den som kvalifiserer til NPD-diagnosen. Personer i denne kategorien viser stor mangel på empati og skyldfølelse, opptrer uansvarlig i parforhold og viser ikke minst en devaluerende holdning og atferd til andre. Det fjerde og siste problemområdet er faren for stoffmisbruk. Pasientene har en kronisk opplevelse av tomhet og kjedsomhet. Kjedsomhet og tomhet i sin tur baner lett veien for behov for kunstig stimulering (Goldman & Gelso, 1997).

Campbell, Bush, Brunell og Shelton (2005) viser i sin forskning at slik ambivalens i forhold til eget selv medfører store sosiale kostnader for de det gjelder og ikke minst for mennesker som omgås individer med NPD. Tross store vansker og ubehag, er det ikke uvanlig at NPD underrapporterer sine vansker i klassiske selvrapporteringskjemaer (Campbell, et al., 2005), muligens på grunn av opplevelse av skam og utilstrekkelighet (Kernberg, 2007). De har behov for hjelp, men greier ikke å formidle dette av frykt for å bli devaluert av hjelpeapparatet (Kernberg, 2007; Dimaggio & Attina, 2012).

Pasienter med NPD bruker mye energi på å bli beundret (Rhodewalt & Eddings, 2002) og er mer enn normalt opptatt av feedback fra omgivelsene (Campbell, Goodie, & Foster, 2004). Dette gjør sitt til at mange har store vansker med både selvforståelse og selvvinnsikt (Bogart, Benotsch, & Pavlovic, 2004; Dimaggio & Attina, 2012). Mangel på selvforståelse og selvvinnsikt ledsaget av følelse av skyld og skam, kan i ytterste konsekvens føre til redusert livsglede og livsmot (Ronningstam, 2000). Dette er et paradoks, da de fleste pasienter med NPD rapporterer å ha en god hverdag og livsglede på ulike selvrapporteringskjema (Myers & Zeigler-Hill, 2012). En av hovedutfordringene i behandling av disse pasientene er opprettelse av selve den terapeutiske alliansen og ikke minst det å opprettholde denne. Pasienter med

NPD er svært sårbare og lett krenkbare, og det skal lite til før de avslutter behandlingen før denne i det hele tatt er kommet i gang (Exline, Baumeister, Bushman & Campell, 2004; Hotchkiss 2005; Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones 2008; Daig, Klapp, & Fliege, 2009; Kealy & Ogrodniczuk, 2011; Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore, & Myers, 2011:).

Rasjonale bak bruken av felles betegnelse (NPD) for begge subtypene

I likhet med Kohut (1977) og Kernberg (1984) sine antagelser, har moderne forskning også vist at det finnes to subtyper narsissistisk personlighetsforstyrrelser; *den grandiose* og *den sårbare* (Dickinson & Pincus, 2003; Nicolò, Carcione, Semerari & Dimaggio, 2007; Cain, Pincus, & Ansell, 2008; Maxwell, Donnellan, Hopwood, & Ackerman, 2011; Miller, Hoffman, Gaughan, Gentile, Maples, & Campbell, 2011; Schoenleber, Sadeh & Verona, 2011; Kealy & Rasmussen, 2012. Det er likevel kommet sterke innvendinger mot klassisk NPD-forskning (Alarcon & Sarabi, 2012). Personlighetspsykologer og psykiatere favoriserer kategorisk tilnærming og bruker oftest klinisk utvalg. Sosiale psykologer på sin side favoriserer dimensjonal tilnærming. Det som sannsynligvis har skjedd er at den sistnevnte gruppen har kommet lengst i sin forskning, hvor hovedfokuset er den grandiose typen av NPD (Miller, et al. 2011). Kernberg (1984) advarte allerede da mot en potensielt uheldig splitting av de to subtypene i forståelse av fenomenet. Han viser til at tross ulik symptomatferd, er de underliggende psykologiske vanskene de samme. Fallgruven med en slik splitting og inndeling er at ingen av teoriene og tilnærmingene i seg selv er god nok til å forklare NPD-fenomenet (Blais & Little, 2010; Miller, et al. 2011). Diskusjonen om hvorvidt subtypene skal forstås samlet eller separat, tar vekk mye av oppmerksomheten mot sykdommen i seg selv. Bender (2012) tar derfor til orde for at det viktigste er ikke hvem av klinikerne som har rett eller feil. Det viktigste er samarbeid på tvers av fagdisiplin for å forstå NPD-fenomenet. I liket med andre psykiske lidelser, er NDP også en heterogen gruppe. Hovedfokus kun på

enten den sårbare eller den grandiose typen blir for snevert (Bender, 2012). En NPD-pasient har sjelden enten den ene eller den andre NPD-subtypen. Som regel sameksisterer subtypene og er i interaksjon med hverandre (Davis, et al. 1996).

Problemstilling

Tilgjengelig materiale som omhandler klinisk intervensjon består i stor grad av kasusstudier (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg, & Duggal, 2009). Av mangel på tilstrekkelig empirisk forskningslitteratur om klinisk behandling og intervensjon på gruppenivå (Alarcon & Sarabia, 2012) kommer oppgaven derfor til å inkludere 6 artikler med 7 kasuistikker som rammeverk for å belyse problemstillingen. Presentasjon av hvert enkelt kasus vil bli gitt, samt hva slags behandlingstilnærming og utfall. Oppgaven blir i review format, med et psyko-dynamisk/analytisk orientert perspektiv, da med følgende problemstilling; «*Hvordan kan terapeutisk intervensjon bidra til økt terapeutisk allianse og reduksjon av symptomtrykk hos pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse, herunder begge subtypene; den grandiose og den sårbare typen?*».

Metode

For å besvare oppgaven, er det blitt brukt følgende databaser; Web of science, APA PsychNET, JSTOR, ProQuest og Google Scholar. Det er i tillegg også blitt brukt bøker fra offentlige biblioteker. Ved bruk av database er følgende kriterier lagt til grunn; artiklene må være i fulltekst, bøkene og artiklene må være på engelsk. *Narcissistic personality disorder and treatment*, må være hoveddelen av overskriften. Denne avgrensning kommer av at oppgavens hovedfokus er nettopp på klinisk psykologisk behandling av NPD og ikke om øvrige personlighetsforstyrrelser. Screening av tematikken avslører at det foreligger svært begrenset med forskning om klinisk psykologisk behandling av NPD, derfor ble årsintervall i

søkene lagt til mellom 01.01.1980 og 01.01.2013. Web of Science ga 15 treff, APA PsychNET 1, JSTOR 1, ProQuest 12 og Google Scholar ga 3 treff.

Kasuspresentasjon

Kasus 1

McNeal (2003) presenterer et kasus som omhandler 48 år gamle George. Pasienten kommer i utgangspunktet til behandling for PTSD symptomer. Han hadde på forhånd lest om hypnose i klinisk behandling og mente derfor at hypnose ville hjelpe han. Parallelt med psykologbehandling deltar pasienten også på ASCA (Adults who were Sexually Abused as Children Anonymous). Bakgrunnen for pasientens deltakelse på ASCA skyldes at han tror han ble seksuelt misbrukt av moren i oppveksten, da han har mange traumatiske minner. Pasienten rapporterer også om andre fobier. Det blir raskt avdekket at det i tillegg til PTSD foreligger symptomer som kvalifiserer for diagnosen NPD. I starten av behandlingsforløpet fremstår pasienten med mange NPD-symptomer, først og fremst av depressiv art. Tross store interpersonlige utfordringer opplever pasienten seg selv som kreativ, intellektuell og en godt kjent person blant allmennheten i sin hjemby. I tillegg fremstiller pasienten seg selv som godt akademisk skolert med en akademisk grad, og han skal nå angivelig i gang med jusstudier. Pasienten har også mange andre storhetstanker. Storhetstankene fremtrer tydelig under hypnose, hvor pasienten identifiserer seg selv med store personligheter som; Alexander den Store, Leonardo de Vinci, General Patton osv. I realiteten er pasienten en bygningsarbeider som nylig har mistet retten til å drive med slikt arbeid. På dette tidspunktet er han arbeidsløs. I tillegg har han mistet boligen sin og må derfor flytte tilbake til sitt forfalne barndomshjem. På det interpersonlige plan snakker pasienten kritisk og nedlatende om kjæresteren, sin advokat og sine naboer. Hans ego-tilstand (ego state) bærer preg av å være `fanget` i barndommen, noe som kan være med på å forklare hans vanskeligheter med å forholde seg til andre voksne

mennesker. Behandlingen har avdekket tre hovedårsaker som sannsynligvis har bidratt til pasientens nåværende tilstand; han har opplevd mors forsøk på å myrde søsteren, blitt seksuelt misbrukt av mor og latterliggjort av både mor og far som barn.

Kasus 2

Almond (2004) sitt kasus er en mannlig pasient i 40 årene som kommer til behandling pga jobbrelevante vanskeligheter. Han har problemer med å forholde seg til sine kolleger, og han har i tillegg utfordringer på hjemmefronten. Felles for alle de oppståtte situasjonene er at pasienten opplever seg selv som den mest fornuftige. Han vil derfor at terapeuten skal ta hans parti i forhold til de mange konfliktene han har med sin kone, lytte til hans mange jobbrelevante bragder og ikke minst la han styre og ta kontroll over behandlingsforløpet. I timene omtaler pasienten seg selv i intellektuelle termer, og han forventer nærmest at psykologen skal være den som tar imot råd fra han. Samtidig har pasienten et ambivalent følelsesliv. På den ene siden har han behov for kontroll og selvhjulpenhet, på den andre siden behov for anerkjennelse og respekt fra psykologen.

Gjennom blant annet teknikker i overføring og motoverføring har pasienten og terapeuten avdekket to viktige hendelser tidligere i livet som muligens har stor betydning for pasientens senere utvikling av NPD. Den ene går på hans mors kalde og avvisende holdning overfor både han og søsknene da de var små. Pasienten måtte blant annet klare pottetreningen selv, da mor ga seg etter relativt kort tid. Denne opplevelsen av mestring antar Almond (2004) å være linket til pasientens senere utvikling av et grandios selv. Den andre opplevelsen går på at mor ikke hadde særlig tro på at sønnen ville bli like flink som Einstein. Denne opplevelsen skaper sannsynligvis en opplevelse av nederlag og utilstrekkelighet, noe som igjen fører til at han blir sensitiv for avvisning.

Kasus 3 og 4

Shilkret (2006) er også klar over utfordringene i arbeid med NPD og har derfor presentert to kasesstudier (kasus 3 og kasus 4) for å drøfte utfordringene. Felles for kasesene er at begge pasientene har vært til behandling, men med mislykkede resultat. I tillegg er behandlingsforløpene relativt lange (mer enn 10 år), og tilnærmingen er «treatment by attitude».

Kasus 3

Kasus 3 omhandler en kvinnelig pasient i 40 årene som går i behandling for jobberelaterede vansker. Hun er høyt utdannet, men jobber i en mindre faglig krevende jobb. Hennes livsstil preges av hjelpeløshet med overspising/overvekt, og hun er generelt lite tilfreds med hverdagen. Hun opplever at det er umulig å endre på sine mange hverdagslige utfordringer og vansker. Pasienten er enebarn av middelklasseforeldre. Mor er kronisk syk og far en nokså mislykket forretningsmann. (Dette til tross for at firmaet han hadde kjøpt av en slektning, var velfungerende da han tok over). Følelse av hjelpeløshet og utilstrekkelighet går igjen i familien. Pasienten selv føler at hun ikke duger til noe, tross sin høye utdanning. I barndommen ble hun frarådet å leke med andre «røffe» barn. Hun ender derfor opp venneløs og føler skyld og skam på grunn av det. Som ung/voksen ble pasienten frarådet å ta høyere utdanning. Dette fordi det ikke var kultur for det i familien, og hun bøyde seg for familiens ønske. Etter noen år som sekretær, verver pasienten seg til militærtjeneste, til familiens store skuffelse. Når moren faller bort, klandrer far sin datter for morens død (ifølge faren døde moren av hjertesorg). Pasienten tar til slutt høyere utdanning, men sliter med tilpasning i arbeidshverdagen.

Pasienten spiller ut sine vansker i terapien, og vil ha hjelp. Straks psykologen forsøker å tolke eller komme med forslag, blir disse enten avvist eller ignorert, da med lange og grundige forklaringer på hvorfor det ikke hjelper. Pasienten har identifisert seg med mor og

fars opplevelse av hjelpeløshet og håpløshet. Tolkning fra psykologen forsterker pasientens skyld og skamfølelse.

Kasus 4

Kasus 4 omhandler en kvinnelig pasient i begynnelsen av 40 årene som går i terapi fordi hun føler seg som en taper. Hun er fra middelklassen og yngst av to søstre. Storesøsteren er en suksessrik advokat, mens pasienten er lærer. Foreldrene har alltid vært kritiske i forhold til henne og aldri verdsatt noe av det hun gjør. Pasienten hopper fra jobb til jobb. Hun slutter når hun føler seg kritisert. Tilsvarende kaos er det også i hennes intimitetsliv. Hennes nåværende behandler er heller ikke hennes første.

Pasienten begynner etterhvert å identifisere seg med psykologens empatiske og ikke analyserende holdning og åpner seg mer og mer i forhold til sine tidligere opplevelser som sannsynligvis har vært med på å forme hennes personlighet

Kasus 5

Nicolo et al. (2007) viser med sitt kasus hvor sårbar personlighetsstruktur individer med NPD har. I motsetning til bedre fungerende individer, har de vanskeligheter med differensiering av ulike selvaspekter til ulike roller og situasjoner; når en ikke mestrer en ting betyr ikke det nødvendigvis at en ikke mestrer noe som helst. Kasuset omhandler en kvinne med NDP. På bakgrunn av hennes sykdom, er hennes «selv-andre-representasjon» både overforenklet og problematisk. Hun har i tillegg store vansker med metakognisjon. Som resultat av dette har pasienten vanskeligheter med å se sin egen sårbarhet og/eller ber psykologen sin om hjelp i forhold til sine vansker.

Pasienten har vanskeligheter med å forholde seg til andre mennesker både privat og i jobbsammenheng. Hun ble opprinnelig henvist til nåværende behandler av sin tidligere psykolog for second opinion med spørsmål om det kunne foreligge en alvorlig psykose. En

kartlegging viste at pasienten lider av en personlighetsforstyrrelse, nærmere bestemt NPD. Av kartleggingen fremgår det også at pasienten allerede som ungdom var sensitiv for forlegenhet, hadde tendens til å utfordre andre, var konkurranseinnstilt og reagerte med sinne og impulsivitet mot folk som `stod i veien for henne`. Hun var da også dårlig til å erkjenne og utrykke sine svakheter og ønsket hjelp for dette. Hvordan pasienten opplever andre mennesker er veldig situasjonsbetinget. Hun lever også i konstant redsel for å bli kontrollert/styrt av andre. Hennes kaotiske interpersonlige relasjoner og eksternaliserende atferd underbygger også NPD-diagnosen.

Gjennom tett samarbeid kunne pasienten etterhvert identifisere sine egne følelser og ikke kun terapeutens. Behandlingen avdekker at det å erkjenne smerte i forhold til vonde opplevelser har langt større effekt enn å overbevise pasienten om å glemme og/eller tilgi de som har gjort pasienten urett. I dette tilfellet var det pasientens egen mor. Under oppveksten var moren både kritisk, krevende, kald og likegyldig. Pasienten har derfor utviklet en sterk personlighet for å klare hverdagen, samtidig som hun føler seg både sårbar og tom. Hun har ikke tidligere utviklet en evne til å be andre om hjelp.

Kasus 6

Dimaggio og Attina (2012) presenterer metoden «Metacognitive Interpersonal Therapy MIT» i sin behandling av NPD. Kasuset er en mannlig pasient i 20 årene med NPD, hvor perfeksjonisme er blant kjernesymptomene. Han kommer til behandling pga studievanter og ikke minst et anstrengt forhold til sine medstudenter. Pasienten har en eksternaliserende stil, hvor skyld for alle vansker tilskrives andre. I tillegg er han usympatisk i sin beskrivelse av andre. Pasienten ser derimot på seg selv som perfekt og kompetent. Pasienten faller inn under diagnosen NPD.

Pasienten er yngst i en søskenflokk på 4. Han beskriver mor som den som forstår han best, samtidig føler han at moren er både angstpreget og kontrollerende på samme tid. Faren beskriver han som streng, autoritær og i liten grad fornøyd med sine barns prestasjoner. Pasienten har utviklet dårlige sosiale ferdigheter gjennom oppveksten, har vanskeligheter med å kjenne på følelser og tanker og er både sinne- og angstpreget. Helt fra tidlig fase av behandlingen viser pasienten at han har store utfordringer i metakognisjon. Han opplever seg selv ofte som deprimert, tom og fylt av skam. Likevel forventer han at andre skal behandle han som spesiell og superior. Når virkeligheten ikke svarer til forventningene, responderer pasienten med sinne, skam og isolasjon. Følelsene blir projisert til andre mennesker, pasienten opplever å være årsak til følelsene. Disse menneskene blir da ansett som fiender som må «ødelegges».

Kasus 7

Kasuset til Ronningstam (2012) er en mann midt i 30 årene. Han er kommet til behandling etter henvisning fra sin psykiater, med mistanke om angst og depresjon. Pasienten har nylig mistet jobben og blitt slått personlig konkurs. Det har vært kontakt mellom pasienten og flere ulike behandlere siden tenårene, da som regel i forbindelse med angst og depressive symptomer. Pasientens historikk er preget av panikkanfall, søvnforstyrrelse, under- eller overspising, periodisk stoffmisbruk, depressive episoder og suicidale tanker. Tross sin kompetanse, kjemper pasienten en konstant kamp mot frykt for å feile og en vag opplevelse av sin egen identitet. Pasienten har intensiv psykoterapi med to sesjoner per uke. Atferden som fremtrer i begynnelsen av terapien er klassisk NPD-atferd med en blanding av opplevelse av håpløshet, hjelpeløshet, fortrenghing, benekting, ansvarsfraskrivelse og kritisk holdning til psykologen. I den terapeutiske holdningsfasen, blir pasienten møtt med respekt og anerkjennelse i forhold til sine vansker og behov, da med liten grad av tolkning og analyse.

Pasienten åpner seg mer etter hvert som han opplever genuin oppmerksomhet og respekt. Likevel kommer han med jevne mellomrom med devaluerende utsagn og kommentarer om psykologen. I tillegg opplever psykologen til stadighet å bli testet. Likevel overlever den terapeutiske alliansen og går over til den terapeutiske intervensjonsfasen. Tema som etter hvert dukker opp er skam. Skamfølelse pga sårbarhet! Pasienten kunne etterhvert beskrive opplevelsen av redsel for å mislykkes og redsel for å bli kritisert, helt fra barndommen. Pasientens usikkerhetsfølelse gjør at han opplever verden som utrygg og uforutsigbar. For å beskytte seg mot potensiell kritikk, utvikler han det grandiose selvet.

Behandling, utfordringer og utfall

Kasus 1

McNeal (2003) sin pasient projiserer sin egen kritiske holdning til mennesker rundt seg. Pasientens krasse beskrivelser av andre var egentlig beskrivelser av seg selv. I tillegg identifiserer pasienten seg med kjente personligheter. Denne kognitive dissonansen mellom nåværende selv og sitt idealselv har sannsynligvis bidratt til opprettholdelse av pasientens sykdom. Pasienten er selvkritisk, fordi han innerst inne vet at det er veldig små sjanser for at han kan oppnå og bli noe i nærheten av sitt idealselv. Denne selvverddeprivasjon gir terapeuten unik tilgang til hvordan pasienten opplever verden, og ikke minst seg selv.

McNeal (2003) rapporterer om at pasienten åpner seg i forhold til sine vansker og utfordringer når han opplever at terapeuten viser genuin interesse for hans opplevelser. Ikke minst når pasienten opplever at han og terapeuten står på `lik fot`. I begynnelsen overfører pasienten storhets- og klassiske narsissistiske tanker til sin terapeut. Etterhvert som pasienten opplever større tillitt, trygghet og anerkjennelse i timen kan vedkommende etter hvert komme til å åpne seg og overføre mange av sine sårbarheter. På tross av sitt sterke ytre, erkjenner pasienten blant annet frykt for at terapeuten kan vurdere å avslutte behandlingen dersom han

ikke snarest tar seg sammen. Pasienten overfører også sin opplevelse av ensomhet, elendighet, ambivalens og usikkerhet i forhold til sine evner og kompetanse. Pasienten avslører i tillegg at livet hans har vært preget av usikkerhet, og av frykt for at han kan dø når som helst.

McNeal (2003) imøtekommer pasientens overføringer og projeksjoner med respekt, empati, og å være aktivt lyttende. Ved å tillate seg selv å være på bølgelengde med pasienten, gjør McNeal (2003) alliansen sterkere. Denne holdningen fra terapeutens side bidrar til at pasienten selv oppdager paradokset; at pasient og terapeut umulig kan være på lik fot. Dersom det hadde vært tilfellet hadde ikke pasienten hatt noe behov for behandling.

McNeal (2003) begynner behandlingen med fokus på pasientens indre ressurser. Pasienten og psykologen definerer sammen på et tidlig tidspunkt deres terapeutiske forhold og behandlingsmål. Forløpet følger et klassisk psykodynamisk mønster med bruk av overføring og motoverføring, men også med innslag av projeksjon og hypnose. Hypnosen blir brukt til å avdekke traumatiserte opplevelser fra fortiden. McNeal (2003) kaller teknikken for *Ego-state-therapy*. Terapeuten bruker opplysningene som fremtrer under hypnosen til å bygge bro mellom pasientens tidligere vonde opplevelser og nåværende livssituasjon. Ego-state kan forstås som at psykologen må respektere pasientens fluktuerende ego-styrke. I dette ligger det at psykologen må vise empati, aktelse og opptre som en trygg og sikker plattform hvor pasienten kan føle seg trygg nok til å være åpen nok til å utlevere sine opplevde smerter. Tolking må i tillegg ha fokus på både styrke og utfordringer hos pasienten, dette for å unngå økt skamfølelse. Pasienten må også få adekvat støtte og anerkjennelse i forhold til sine psykososiale ressurser, men overdreven støtte kan gi næring til sykdommen. McNeal (2003) fremhever at tillit er essensielt i behandling av NDP, fordi disse pasientene først og fremst ikke har behov for å bli analysert, men for å bli forstått.

Terapien hadde pågått i litt over et år og gikk mot slutten. Terapeuten bemerker følgende resultater/endringer: Pasienten har fått et bedre forhold til sin samboer, er mer åpen

om sine svakheter og utfordringer og erkjenner at det er ok og ikke kunne alt. Han har også fått et mer realistisk syn på hverdagen. McNeal (2003) fremhever at denne Ego-State-Therapy er effektiv mht til behandlingstid (litt over 1 år). Sammenlignbare metoder har en behandlingstid på 2-3 år.

Kasus 2

Almond (2004) skriver at pasientens beskrivelser av andre mennesker, viser seg å være pasientens projeksjon av egne følelser og fantasier. Dette mest sannsynlig av frykt for å bli devaluert av sin terapeut, og ikke minst redsel for å fremstå som utilstrekkelig. Pasienten projiserer i tillegg kvaliteter inn i sin terapeut, som terapeuten egentlig ikke har. Disse projeksjonene er sannsynligvis egenskaper pasienten ønsker hos sine foreldre.

Terapeuten opplever at det pasienten egentlig ønsker er at terapeuten skal være pasientens selv-objekt, og at pasienten selv skal stå for all analyse, tenkning og tolkning. Til terapeutens store frustrasjon ønsker pasienten i tillegg å ha større styring av behandlingsforløpet. Dette kan sees i sammenheng med pasientens ønske og behov for integritet og kontroll i sitt eget liv.

Almond (2004) opplever pasientens overføringer som irriterende og frustrerende. Dette fordi pasienten har den forventning at vedkommende gjør en like god jobb, kanskje til og med bedre, enn sin psykolog. Det er kanskje ikke så rart, tatt pasientens høye intellektuelle funksjonsnivå i betraktning? I stedet for å reagere med belæring og korrigerende, responderer terapeuten med undring og nysgjerrighet (selv om dette er nokså vanskelig). Denne uventede motoverføringen gjør at pasienten opplever å bli sett og hørt, noe som igjen baner vei for videre utforskning av pasientens mange traumer og vonde opplevelser. Almond (2004) oppdager i likhet med McNeal (2003) at det ikke alltid er det beste å klamre seg til

psykologrollen. En slik holdning vil forsterke pasientens opplevelse av latterliggjøring og sårbarhet. Almond oppdaget nettopp denne feilen, før alliansebrudd var et faktum.

Pasienten i dette kasuset har et sterkt ego og er intellektuelt velfungerende. Av den grunn har behandleren hatt stort fokus på overføring og motoverføring i behandlingen. Terapeuten har brukt konfronterende teknikker for å imøtekomme pasientens overføringer. Via motoverføring har terapeuten gitt pasienten sine fortolkninger av hans opplevelser av verden rundt seg og ikke minst gitt pasienten mulighet til å observere sinne, frustrasjon og oppgitthet som pasienten har projisert på sin terapeut.

Gjennom godt samarbeid har pasienten og terapeuten sammen skapt en felles forståelse av ulike traumer og ubehag pasienten har opplevd under oppveksten. Terapeuten merker følgende endringer hos pasienten i løpet av behandlingen; pasienten har fått økt selvfølelse og har nå større selvinnsikt i sin hverdag og sine utfordringer. Pasienten har i tillegg fått større forståelse for hva de underliggende årsakene er til at han har valgt de ulike narsissistiske forsvarsstrategier som han har gjort.

Kasus 3

Shilkret et al. (2006) sin pasient i kasus 3 byr også på store terapeutiske utfordringer. Uansett hva terapeuten gjør, oppleves det av pasienten som nytteløst. Når terapeuten forsøker å vise omsorg og empati, blir dette tolket i retning av ydmykelse og umyndiggjøring. Det samme skjer når terapeuten forsøker å tolke pasientens opplevelser. Terapeuten oppdager etter hvert at pasienten har projisert opplevelsen av sine foreldre inn i terapeuten. Terapeuten blir dermed en representasjon for det som har gjort pasienten vondt. Denne måten å projisere på er også kjent som *displacement* innen psykodynamisk-orientert terapi (Baumeister, Dale, & Sommer, 1998). Det betyr at følelser (som regel negative) blir rettet til et mindre truende mål enn det som har gitt opphav til ubehaget.

Pasienten overfører mange negative følelser og opplevelser på sin terapeut. Dette kan være alt fra sarkasme til devaluerende utsagn. Jo mer terapeuten forsøker å forsvare seg eller kommer med alternative tolkninger, jo verre blir den terapeutiske alliansen. Terapeuten opplever stor frustrasjon og skuffelse, og ikke minst følelse av håpløshet over liten behandlingsprogresjon. Det er disse negative motoverføringene, spesielt håpløshet, som underbygger pasientens opplevelse av verden. Dette forsterker så symptomtrykket hos pasienten. Terapeutens negative motoverføringer blir møtt med tilsvarende, eller enda mer negative overføringer av pasienten. Shilkret (2006) oppdager etterhvert sine negative motoverføringer og endrer dermed strategi. Til nå har terapeuten vært opptatt av å være terapeut! Ved å være lyttende, komme med minimal tolkning, har dette bidratt til at pasienten får opplevelse av respekt og trygghet. Denne trygghetsfølelsen bidrar til at pasienten lar terapeuten få tilgang til sin følelsesverden. I dette kasuset viser Shilkret (2006) med tydelighet betydningen av negativ motoverføring. I likhet med McNeal (2003) og Almond (2004) var Shilkret også opptatt av å være psykolog, og tviholdt på denne statiske rolleinndelingen til alliansen var på nippet til å havne utfor stupet.

Primær tilnærming i dette kasuset er `treatment by attitude` som innebærer at psykologen har større fokus på pasientens her og nå situasjon og i mindre grad på tolkninger. Metoden har ifølge forfatteren ført til økt tillitt hos pasienten som ikke lenger opplever frykt for å bli latterliggjort av sin behandler. Dette åpner i sin tur døren til pasientens indre liv.

Psykologen bemerker to hovedendringer hos pasienten i løpet av terapiforløpet. Det ene er at pasienten har klart å identifisere et mønster i sine utfordringer, uten å føle skyld og skam når disse blir tematisert i timene. Den andre hovedendringen består i større innsikt i hvordan hennes atferd skaper reaksjoner hos andre.

Kasus 4

I Shilkret (2006) sitt kasus nr. 4 projiserer også pasienten negative opplevelser med sine foreldre inn i terapeuten. Terapeuten var ikke klar over dette til å begynne med. Pasienten ser på terapeuten som representasjon og symbol på sine foreldre. Kritikk og negativ respons mot terapeuten er de samme som mot foreldrene. Disse projeksjonene gir terapeuten et unikt innblikk i pasientens opplevelsesverden.

Denne pasienten har en meget eksternaliserende samtalestil, samtidig som vedkommende bevisst utelater viktige detaljer i samtale med sin behandler. Pasienten ligger alltid `foran` sin terapeut gjennom å ignorere, eller sette behandleren `ut av spill`. Ethvert forsøk på tolkning eller analyse fra behandleren sin side blir enten avvist, eller tolket som forsøk på ydmykelse. I tillegg blir terapeuten gang på gang beskyldt for å være inkompetent og ha mangelfulle empatiske evner. Terapeuten beskriver at terapiforløpet har vært vanskelig, da pasienten ofte føler seg nedverdighet og misforstått. Hva enn psykologen gjør, oppfatter pasienten det som et forsøk på latterliggjøring. Terapeuten oppdager etterhvert betydningen av å være empatisk tilstede, samt å tåle pasientens smerter uansett hva han/hun har på hjertet uten analysering eller tolkning. Treatment by attitude i denne sammenheng betyr rett og slett at psykologen må tåle å bli «coachet» av pasienten, og samtidig være sterk nok til å tåle pasientens verden bestående av kaos, usikkerhet og frustrasjon.

Shilkret (2006) erkjenner å ha vært for lite oppmerksom på pasientens behov, helt fra starten av. Ved å være opptatt av tolkning, og være "klassisk" psykolog uten progresjon. Dette har gitt store frustrasjoner, noe pasienten utvilsomt legger merke til. Shilkret endrer holdning etter å ha blitt klar over fallgruven. Terapeuten følger med i pasientens fortellinger (ingen lett oppave på grunn av stadige digresjoner og skifte av tema), og anerkjenner pasientens smerte uten å analysere i dybden. Videre blir pasienten oppmuntret til selvutforskning av sine vansker. Det å «gi fra seg» psykologrollen i timen er en nokså uvanlig

psykologholdning, noe pasienten setter tydelig pris på. Pasienten har valgt denne psykologen, nettopp på grunn av at hun tror at psykologen er av typen som ikke så lett lar seg vippe av pinnen.

Terapeuten rapporterer at det er visse endringer hos pasienten i årenes løp, som kan linkes til behandlingen; pasienten identifiserer seg med psykologens holdning (trygg og selvsikker i motsetning til foreldrenes holdning som var både kritisk, skamindusert og panisk). Ulike livshendelser blir i større grad tolerert, ting ses i et mer nyansert perspektiv, viser seg mer utforskende i mellommenneskelige relasjoner (herunder også den terapeutiske) og finner dypere og mer genuine meninger i disse. I tillegg har pasientens eksternaliserende holdning blitt mer reflektert.

Kasus 5

Nicolo et al (2007) sin pasient projiserer eget sinne og skuffelse over på andre mennesker. Opplevelse av ikke å bli trodd (pasienten var på dette tidspunktet alvorlig fysisk syk), har bidratt til at hennes hat mot andre øker i intensitet. Ved å projisere sinne over på andre, gir pasienten terapeuten anledning til å leve seg inn i hans/ hennes opplevelse av indre uro og skuffelse. Pasienten starter behandlingen ved å teste ut sin terapeut, om hvorvidt vedkommende er i stand til å behandle `alvorlige` tilstander (conditions). Det er ikke nødvendigvis terapeutens kompetanse pasienten ønsker å teste ut. Det kan like gjerne være et behov for å forsikre seg om at vedkommende ikke vil avbryte behandlingen dersom symptomtrykket skulle bli for stort, slik pasientens forrige behandler gjorde. Og ikke minst for å forsikre seg om at behandleren ikke avbryter forløpet uten nærmere forklaring.

Nicolo et al (2007) sin pasient presenterer gjentagende alvorlige fremstillinger som omfatter symptomer fra psykose, paranoid personlighetsforstyrrelse, borderline og akutt fare for suicid. I tillegg tar pasienten på seg offerrollen og fremstiller seg som hjelpetrengende,

dette på tross av stor kognitiv kapasitet. I stedet for å reagere med hastverk (noe forrige behandler sannsynligvis gjorde) med en videre henvisning, responderer terapeuten med ro, og har et ressursfokus. Pasienten prøver til stadighet, og har fått rikelig med anledninger til, å utkonkurrere sin terapeut. Denne opplevelsen av ``å være flink til noe, å få til noe``, samt å ha fått anerkjennelse, har gitt pasienten mestringsfølelse. Det at terapeuten erkjenner at han/hun ikke kan, og skal ikke kunne noe om alt, har inspirert pasienten til å erkjenne og akseptere den sårbare siden ved seg selv.

I dette kasuset er det fokusert på bruk av metakognitive teknikker i behandlingen. Pasienten har relativt god utdanning, med to universitetsgrader. Terapeuten har derfor brukt en kombinasjonsstrategi bestående av utfordrende/konkurrerende og utforskede elementer. Konkurransen (overføring) gir pasienten følelse av mestring, følelse av å duge til noe. Utforskning (motoverføring) oppleves av pasienten også som nyttig, især fordi terapeuten tross sin lange utdanning viser at det er mye han ikke kan.

Behandlingen avsluttes etter 3 år med til sammen 170 konsultasjoner. Psykologen bemerker at pasientens atferd og emosjonelle tilstand ved endt behandling har endret seg fra å være konkurrerende mot andre til å være gjensidig empatisk. Den terapeutiske alliansen har også blitt mer stabil i forhold til begynnelsen av terapiforløpet. Pasienten har i tillegg blitt bedre til å se sin sårbarhet i nytt perspektiv, det er ingen skam å ikke kunne alt. Gjennom identifikasjon og projeksjon i terapien, har pasienten også klart å erkjenne at det å be om hjelp ikke er noe svakhetstegn. Tidligere har det vært problematisk for henne. Erkjennelse gir rom for endring og forbedring.

Kasus 6

Dimaggio & Attina (2012) sitt kasus har et ambivalent følelsesliv. Dette blir projisert inn i andre mennesker som pasienten ikke liker. Projeksjonene skjer i form av devaluering og

sarkasme. Dette gjelder personer med egenskaper som pasienten selv ikke har, men kunne tenke seg å ha. Pasientens narrative stil er både abstrakt og intellektualiserende. Videre identifiserer pasienten seg kun med ”viktige andre”. Ikke på grunn av gjensidig respekt, men heller for å støtte opp under egne storhetstanker.

I tillegg til å projisere sitt ambivalente følelsesliv, veksler pasienten mellom å overføre alt fra storhetstanker og urealistiske ideer til offerrollen og mindreverdighetskomplekser, over på sin terapeut. I tillegg overfører pasienten både sinne og frustrasjon/aggresjon over på terapeuten, med den begrunnelsen at omgivelsene har behandlet pasienten urett, og at alle er ute etter å ydmyke ham. Bakgrunnen for pasientens overføringer er ikke å devaluere eller kritisere terapeuten. Dette er pasientens måte å fortelle terapeuten at ham trenger hjelp. Pasientens egen atferd som viser manglende respekt ovenfor andre, blir for vanskelig å erkjenne og akseptere. Dette medfører at pasientens selvkonstruerte perfektjonistiske standard blir vanskelig å opprettholde uten projeksjon og overføring. Det pasienten ønsker å oppnå med overføringene er at terapeuten skal forstå de underliggende årsakene til at pasienten valgte å vise mangelfull respekt overfor andre.

Terapeuten i Dimaggio & Attina (2012) inntar tidlig i behandlingsforløpet en nysgjerrig og ikke-dømmende holdning. Selv om terapeuten blir testet, utfordret og kritisert, forholder denne seg både rolig og nysgjerrig på samme tid. I stedet for realitetskorrigering av pasientens narsissistiske tanker og ideer, lar terapeuten pasienten spille disse ut i timen. Den andre motoverføring som sannsynligvis har innvirkning på den gode terapeutiske alliansen er når terapeuten avslører forhold vedkommende ikke mestrer.

Terapimetoden som ble brukt til å hjelpe denne pasienten kaller Damaggio & Attina (2012) Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT). Metoden har flere likhetstrekk med Shilkret (2006) sin «treatment by attitude». Også i MIT må psykologen ha en positiv og stødig holdning til pasienten, selv med vissheten om å bli kritisert, devaluert, testet og

utfordret. Når pasienten presenterer urealistiske storhetstanker, responderer psykologen ikke med utfordring, men med undring og nysgjerrighet. Rasjonale er at pasienten med tiden selv skal være i stand til å reflektere over egne paradokser. Pasientens dårlige emosjonsregulering fører også ofte til opplevelse av avvisning fra andre, noe som gir seg utslag i psykisk smerte. Her validerer psykologen pasientens smerter, som igjen baner vei for videre utforskning av tilsvarende opplevelser. Metoden fortsetter gradvis til pasienten har funnet tilstrekkelig fundament til å skape mer positive narrative opplevelser om seg selv og mer positiv holdning til andre.

Behandlingen har pågått i ca. 2.5 år når artikkelen skrives. Psykologen mener at det har skjedd positive endringer siden pasienten kom til behandling første gang. Blant annet oppfyller ikke pasienten lenger kriteriene for NPD eller unngående personlighetsforstyrrelse, selv om det fortsatt finnes spor av uspesifisert personlighetsforstyrrelse, spesielt av den depressive arten. Pasienten har også blitt mer bevisst sitt indre følelsesliv, er mindre perfektjonistisk og har i tillegg blitt forelsket i ei dame. Han kunne også med egne ord beskrive hvordan det kjennes å være forelsket, hvordan det kjennes å leve et autentisk liv.

Kasus 7

Ronningstam (2012) sin pasient har innerst inne en fornemmelse av kanskje å ha NPD, å erkjenne dette kan derfor oppleves som smertelig og skamfullt. Pasienten har projisert symptomene over til andre mennesker, samt intellektualisert og eksternalisert vanskene.

Pasienten starter i behandlingen med å devaluere og snakke nedlatende om sin terapeut. Han kommer ofte med bemerkninger om at han også tidligere har prøvd å få hjelp, men at ingen behandling så langt har ført fram. Han tviler derfor på at denne terapeuten vil utgjøre noen forskjell. Ronningstam (2012) responderer på pasientens projeksjoner og overføringer ved å fokusere på pasientens opplevelser sett fra pasientens eget perspektiv.

Dette genuine skiftet fra terapeut til pasient-perspektiv gjør pasienten bedre stand til å se sine utfordringer og vansker i et nytt perspektiv. Skiftet gir i tillegg pasienten anledning til å bevare sin verdighet i timene. `Pasienten selv vet hva som er best for seg holdning` oppmuntrer derfor til samarbeid og danner grunnlaget for en god allianse. I tillegg har terapeuten møtt mange av pasientens vekslende overføringer med emosjonell anerkjennelse og støtte. Dette dynamiske rolleskiftet underveis i terapiforløpet har hatt god effekt på denne pasienten.

Ronningstam (2012) fremhever med sitt kasus også utfordringen med å jobbe med NPD-pasienter. Hun vektlegger at behandlingen bør bestå av alliansebygging i kombinasjon med diagnostiske strategier, hvor pasienten motiveres til aktiv deltakelse i avdekking og undersøkning av egne problemer og vansker. Ronningstam (2012) deler behandlingsforløpet inn i to hovedelementer; den terapeutiske holdningen og den terapeutiske intervensjonen. Terapeutisk holdning innebærer at terapeuten skal vise respekt, være konsistent, oppmerksom og oppgavefokusert. Terapeutisk intervensjon omfatter validering, psykoedukasjon, oppklaring, utforskning og tolkning. Tolkning er noe en skal være ytterst forsiktig med og bør ikke settes i gang før en stabil allianse har funnet sted.

Behandlingsforløpet varer i 8 måneder. Pasienten begynner i ny lederjobb i et lite firma. I tillegg greier han å yte god arbeidsinnsats og går regelmessig i parterapi sammen med sin kone. Psykologen skriver også at pasienten har gitt seg selv tid til å sørge over ulike tap i livet, har blitt mer reflektert over atferd og ikke minst blitt bedre i stand til å forholde seg til andre mennesker.

Oppsummering av kasustikker

Tabell 1.1

Kasusnr.	Diagnose	Psykometode	Behandlingstid	Resultat
1	NPD og	Ego-state-therapy,	Ca. 1 år	Pasienten fikk bedre

	PTSD	med innslag av hypnose		forhold til sin samboer og et mer realistisk syn på hverdagen.
2	NPD	Klassisk psykoanalyse	< 2år	Pasienten fikk bedre forståelse av sine valg av NPD forsvarsstrategier
3	NPD	Treatment-by-attitude	Langgtidsintervensjon over flere år.	Pasienten greide seg bedre i kontakt med andre.
4	NPD	Treatment-by-attitude	Langtidsintervensjoner over flere år.	Pasienten fikk et mer nyansert syn på hverdagen.
5	NPD og borderline	Bruk av ulike metakognitive teknikker	3 år med tilsammen 170 konsultasjoner.	Pasienten godtok den sårbare siden ved seg. Pasienten ble også bedre til å be om hjelp ved behov.
6	NPD	Metakognitive Interpersonlige Terapi (MIT)	< 2,5 år og pågikk.	Pasienten ble forelsket og levde et mer autentisk liv

				i forhold til sitt følelsesliv og sine utfordringer.
7	NPD	Pasienten som aktiv aktør i behandlingen	8 mnd	Pasienten ble mer reflektert over interpersonlige relasjoner. Han gikk i tillegg i parterapi.

Merknader: Tabellen viser en oppsummering av de viktigste variablene hos samtlige sju kasustikker. Variablene er diagnose, psykometode (behandlingsmetode), behandlingstid og resultat.

Diskusjon

Av oppgavens totale 7 kasustikker, er det blitt brukt 6 ulike tilnæringsmetoder/ behandlingsteknikker. McNeal (2003) fokuserer på Ego-State-therapy. Almond (2004) foretrekker klassisk psykoanalyse som behandlingsverktøy. Shilkret (2006) har brukt Treatment-by-attitude på begge sine pasienter (kasus 3 og 4). Nicolo et al. (2007) vektlegger bruk av metakognitive teknikker i behandlingen. Damaggio og Attina (2012) beskriver Metakognitiv-Interpersonlig-terapi som sin tilnæringsmåte i forhold til sin til NPD-pasient. Ronningstam (2012) er opptatt av at pasienten kjenner seg selv best, og er derfor en viktig og aktiv aktør i utforskning av egen sykdom. Likevel deler samtlige teknikker de grunnleggende prinsippene i klassisk psykoanalyse og dynamisk psykoterapi. Prinsippene er projeksjon og overføring. Prinsippene vektlegger pasientens bidrag i timen. Et annet likhetstrekk er at alle teknikker har gitt positive utfall for pasientene. Hvordan prinsippene anvendes og tolkes

hviler likevel på tre viktige faktorer hos psykologen. Det første er psykologens motoverføringer. Dette er forøvrig også et prinsipp fra klassisk og dynamisk psykoterapi. Den andre faktoren er psykologens transparerende holdning. Tredje og siste faktor er psykologens selvavsløringer.

Projeksjon

Projeksjonene er pasientenes egentlige oppfatning av opplevelser. Det dreier seg om savn, følelse av utilstrekkelighet, skam, dårlig selvbilde og selvverd. Årsaken til at pasientene projiserer disse følelser over til andre, skyldes sannsynlig redsel for å fremstå som sårbare (Ronningstam, 2012). Sårbarhet blir av NPD-pasienter ofte forbundet med skam (O'Leary & Wright, 1986). Denne intense måten å projisere på, bidrar til at helsepersonell ofte skyr denne pasientgruppen, og / eller gir disse feilaktig/utilstrekkelig hjelp (Gabbard, 2009). Psykologene i samtlige kasustikker oppdager etterhvert denne fallgraven. Oppdagelsen betaler seg i form av bedre tilgang til pasientenes autentiske følelsesliv. Projeksjonene kan av utrent helsepersonell eller spesialister, herunder også psykologer som ikke er vant å jobbe med NPD-pasienter, ofte bli tolket som trass og manglende motivasjon til behandling (Nicolo, et al. 2007; Gabbard, 2009). Projeksjonenes egentlige hensikt er å invitere psykologen inn i pasientens kaotiske og smertelige indre verden (Dimaggio & Attina, 2012)! Psykologene i oppgaven har etter litt prøving og feiling, valgt nettopp å bruke projeksjonene til å utforske pasientenes underliggende budskap.

Overføring

Samtligere pasienter i oppgaven projiserer egne drømmer, fantasier, uønskede følelser og atferd over på andre mennesker. De har derfor en eksternaliserende narrativstil (Dimaggio, et al. 2007). Denne stilen spiller seg ofte ut i terapitimen i form av intense overføringer fra pasienten til terapeuten (Dimaggio & Attina, 2012). Overføringene har til hensikt å evaluere,

samt å teste psykologen og består av tre ledd. For det første blir psykologen ansett som representasjon/symbol på det som har gjort pasienten vondt (Shilkret, 2006). Jo mer psykologen forsøker å realitetsorientere eller atferdskorrigere pasientens opplevelser, jo mer brister den terapeutiske alliansen (Magdison, et al. 2012). Slik korrigerende blir av NPD-pasienter opplevd som devaluering og latterliggjøring og forsterker det allerede skamfylte følelseslivet (O'Leary & Wright, 1986). For det andre er overføringene pasientens måte å teste psykologen sin på. Testingen går først og fremst ut på å finne ut om psykologen er stødig nok til å kunne romme pasientens mange traumer (Nicolo, et al. 2007), og ikke minst hvor vidt psykologen er genuint empatisk og ikke-dømmende (Shilkret, 2006). Psykologer som behandler NPD-pasienter må være forberedt på pasientenes ambivalente følelsesliv, og til tider stort lidelsestrykk. Det er ikke uvanlig at NPD-pasienter viser atferd som lett kan forveksles med andre alvorlige lidelser som borderline (Kernberg, 2007), psykose (Nicolo, et al. 2007) ol. Denne type overføringer kan skape frykt og usikkerhet (Shilkret, 2006) hos psykologen og med videre henvisning som resultat. NPD-pasienter er sensitive på usikkerhet, og dersom psykologen fremstår som usikker i situasjonen, kan det fra pasientens side oppleves som avvisning (Nicolo et al. 2007). En videre henvisning forsterker opplevelsen av avvisning. NPD-pasienter har en tendens til å generalisere denne subjektivt opplevde avvisningen til også å omfatte det øvrige helseapparatet, og ikke kun sin psykolog (Magidson, et al. 2012). Psykologer som greier de to første deltestene, får som regel tilgang til siste del av testen, eller rettere sagt blir premiert med tilgang til pasientens autentiske følelsesliv. Dette ser ut til å være tilfelle i samtlige kasustikker i oppgaven.

Motoverføring

Forskningen viser at for å kunne jobbe med NPD-pasienter, er det viktig at psykologen kan tillate seg å "legge ifra seg" psykologtittelen i deler av konsultasjonen, når samhandlingen

har nytte av det (Shilkret, 2006). Psykologen har gode intensjoner når han fremstiller seg som en faglig dyktig person i psykologifeltet. Dette gjøres i troen på at pasienten på denne måten lettere vil finne trygghet i timen. Tanken er god, men utfallet er som regel uheldig. Det å tviholde på sin psykologkompetanse oppleves av mange NPD-pasienter som maktdemonstrasjon og umyndiggjøring (Kernberg, 2007). Noe som utvilsomt fører til økte negative overføringer hos pasienten. Flere av terapeutene i oppgavens kausustikker opplever i tillegg følelse av frustrasjon og håpløshet, på bakgrunn av terapeutisk stagnasjon (Shilkret, 2006; Nicolo, et al. 2007; Dimaggio & Attina, 2012). Disse negative signalene blir fanget opp av NPD-pasientene. Når alt er prøvd og terapien ikke kommer noen vei, er det lett å forstå at enkelte terapeuter blir usikre, utslitt, tom og utbrent. Usikkerheten hos psykologen vil fremprovosere tilsvarende usikkerhet hos pasienten (Schultz & Glickauf-Hughnes, 1995).

Pasienter generelt er sensitive for motoverføringer i psykologisk behandling (Kealy & Ogrodniczuk, 2011). NPD-pasienter er sannsynligvis over gjennomsnittlig sensitive, især i forhold til negative motoverføringer. Denne pasientgruppen har en tendens til å tolke motoverføringer som direkte personlig kritikk mot seg fra terapeutens side (Buechler, 2010). Til å begynne med var flere av terapeutene i oppgavens sju kasustikker ikke bevisste nok på denne fallgruven. Flere av terapiforløpene endte nesten på kanten av stupet. Likevel greide samtlige behandlere etter hvert å være seg bevisste på hvordan deres atferd innvirket på pasienten. Denne selvbevisstgjøringen bidrar også til at motoverføringer kan bli brukt til pasientens fordel.

Selvavsløring og transparency

Å ha kunnskap om projeksjon, overføring og motoverføring er viktig i behandling av NPD. Enda viktigere er det å vite hvordan disse prinsippene skal brukes, og når de ikke bør brukes. I dette ligger det et særlig ansvar hos psykologen. Det er to egenskaper hos

psykologene i samtlige kasustikker som ser ut til å spille en vesentlig rolle i alliansebygging med NPD-pasienter; selvavsløring og transparency. Zur, Williams, Lehavot, og Knapp (2009) definerer selvavsløring i psykoterapi som; ”*avsløring av personlig informasjon fra terapeut til pasient*”. Transparency defineres som; ”*den totale informasjonsmengden om terapeuten tilgjengelig for pasienten, uavhengig av hvordan pasienten tilegner seg denne informasjonen*” (Zur, et al. 2009). En annen definisjon av transparency er ”*gjennomsiktighet*” (McGivern & Fischer, 2012). Alle tre definisjonene er like gyldige i denne drøftingen.

Nicolo et al. (2007) sin pasient prøver ofte å utkonkurrere sin terapeut om hvem som er ”best”. Jo mer terapeuten forsøker å bevise sin kompetanse, jo mer motstand skaper det hos pasienten. Det siste pasienten trenger er å fremstå som sårbar og svak, noe vedkommende har gjort i hele sitt liv. Når terapeuten endelig erkjenner at det er ting han/hun ikke vet, og at en heller ikke trenger å vite alt for å ha det bra. Denne selvavsløring bidrar til at pasienten senker aktiveringsnivået av sitt grandiose selv og kan erkjenne at det å ikke vite alt er helt vanlig og menneskelig.

Ronningstam (2012) inntar en noe mer indirekte holdning, men den underliggende tanken er nok den samme. Ronningstam fokuserer på at det er pasienten selv som vet best hva hun føler. I dette ligger det en erkjennelse av at selv med sin psykolog-utdanning, er det dermed ikke gitt at Ronningstam kjenner pasienten bedre enn pasienten selv. Shilkret (2006) sine kasustikker (3 og 4) responderer på samme måte som pasienten til Nicolo et al. (2007) og Ronningstam (2012). Jo mer Shilkret (2006) prøver å demonstrere sin psykolog kompetanse, noe som innebærer makt og kontroll, jo mer lider den terapeutiske alliansen. Pasientene tolker dette som et signal på at det å kunne alt, og ha kontroll over alt er viktig, noe som igjen støtter opp under deres grandiose tanker. Samtidig opplever pasientene innerst inne nederlagsfølelse, da de vet at de ”umulig” kan være like flinke som sin psykolog. Løsningen er at Shilkret ”gir ifra seg” behandlerrollen til begge pasientene. I likhet med Nicolo et al. (2007), Ronningstam

(2012) og Shilkret (2006), har terapeuten i Dimaggio & Attina (2012) sitt kasus også valgt å avsløre noen private detaljer om seg selv til pasienten. Detaljene er egentlig nokså grunnleggende, for eksempel at selv om man er terapeut, vil det dermed ikke si at man er i stand til å mestre alt. Denne lille avsløringen oppleves av pasienten som tilstrekkelig, og han får dermed større tillit til den terapeutiske alliansen.

Selvavsløring henger ofte sammen med ”transparency”. I dette ligger det at terapeuten skal ha en gjennomsiktig holdning, slik at pasienten ikke føler seg lurte og/ eller ført bak lyset. Transparency i terapeutisk sammenheng betyr at i tillegg til å være gjennomsiktig, må terapeuten også være dynamisk i forhold til å kunne trekke seg tilbake og la pasienten ta større styring i timen (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Samtlige behandlere i oppgavens kasustikker erkjenner at det har vært vanskelig å håndtere sin respektive NPD-pasient, basert på klassisk og veldefinert psykolog-pasient-holdning. Shilkret, 2006) har opplevd at denne holdningen nesten har ført til brudd på alliansen. Når behandlere avslører noen av sine egne svakheter, og ikke minst om de tillater (tilbyr) seg å ”bytte rolle” med pasienten, bidrar dette til en styrking og forbedring av alliansen (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Henretty & Levitt, 2010). Samtidig er det viktig å bemerke at det å gi pasienten større medvirkning ikke betyr det samme som at psykologen ikke gjør noe annet enn å være passiv og lyttende (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Psykologen må være i stand til å romme (contain) pasientens mange vonde opplevelser og traumer, uten å bli vippet av pinnen. Når alt kommer til alt, er det nettopp til psykologen pasienten ser for å få trøst, støtte, veiledning og hjelp. Psykologen blir derfor som en trygg plattform for pasienten i hans eller hennes utforskning av sine subjektivt opplevde vonde opplevelser, uten å måtte føle skyld og skam.

Psykoterapeutiske begrensninger i behandling av NPD

Den gjennomgående konklusjonen i samtlige kasuistikker i denne oppgaven har vært at adekvat psykologisk behandling av NPD-pasienter gir økt terapeutisk allianse og reduksjon av symptomtrykk (McNeal, 2003; Almond, 2004; Shilkret, 2006; Nicolo, et al. 2007; Dimaggio & Attina, 2012; Ronningstam, 2012). Forskning har samtidig vist at psykologisk intervensjon også har sine begrensninger når det kommer til behandling av NPD-pasienter (Kernberg, 2007). Dette gjelder spesielt pasienter med sterk grad av NDP kombinert med dyssosiale personlighetstrekk, hvor trekkene ikke er tilstrekkelig sterke nok til å få diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse. Kernberg (2007) undrer seg over om ikke dette henger sammen med manglende retningslinjer i behandling av denne pasientgruppen? Av mangel på progresjon har enkelte behandlere gått til det skrittet å kombinere psykologisk intervensjon med medikamentell behandling. Enkelte psykologer har gått lengre ved i tillegg å forsøke å ta i bruk ECT i behandling av NPD (Kernberg, 2007). Forskning viser at det foreligger visse positive endringer i starten av et slikt behandlingsforløp, enkelte terapeuter har tatt endringene til inntekt for vellykket intervensjon. Pasienter tilskriver derimot endringer til medisinen (eller ECT). De får gjennom dette samtidig næring i sin antakelse om at psykologisk behandling er bortkastet tid (Kernberg, 2007).

Paris (2012) tar til orde for at man ved bruk av klassisk psykoterapeutisk behandling av NPD risikerer å gjøre vondt verre for denne pasientgruppen. NPD påvirkes av sosiokulturelle faktorer og endrer seg i takt med samfunnets endringer. Dersom ikke psykoterapi holder takt med disse endringene, kan terapien ende opp med å forsterke NPD-symptomer. Paris (2012) mener at tiden er moden for å gå vekk fra det å forstå NPD ut fra et psykodynamisk-patologisk ståsted og over til en biopsykososial-modell. Moderne forskning innen genetik antyder at opptil 40 % av variansen i NPD kan tilskrives genetiske faktorer (Vernon, Villani, Vickers, & Harris, 2008). Dette kan indikere at dårlig foreldre-barn-

interaksjon ikke automatisk medfører utvikling av NPD, med mindre barnet innehar genetisk sårbarhet for lidelsen (Paris, 2012). Det er kanskje innen denne miljø-genetiske-interaksjonen at klassisk psykoterapi av NPD har blitt oversett? Dette synet blir støttet av arvelighetsforskningen til Livesley, Jang og Vernon (1998) som blant annet viser at ikke alle i en søskenflokk som har blitt utsatt for samme emosjonelle omsorgssvikt, utvikler NPD.

Verheul og Herbrink (2007) sin litteraturgjennomgang gir også lite støtte til oppgavens hypotese. Disse mener at kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk psykoterapi har god effekt på pasienter som lider av personlighetsforstyrrelser. Verheul og Herbrink konkluderer (2007) likevel med at det fortsatt er knyttet usikkerhet til om hvorvidt metodene virker på lidelsene i klynge B, hvor NPD hører til. Det er bred oppfatning blant fagfolk om at medikamentell behandling av personlighetsforstyrrelser gir liten gevinst. Dette stemmer godt overens med forskningsfunn i forhold til klynge A, C og ikke-spesifiserte personlighetsforstyrrelser. Konklusjonen er derimot mindre gyldig innen samtlige lidelser i klynge B (Verheul & Herbrink, 2007). Mer forskning må til før en slik slutning kan trekkes.

I visse kretser er bruk av hypnose et viktig verktøy i behandling av NPD (McNeal, 2003). Likevel advares det mot at hypnosen ikke bør brukes før psykologen er sikker på at pasienten ikke tar skade av å bli hypnotisert.

Oppgavens begrensninger

Oppgavens største svakhet er antall og type valgte studier, noe som setter begrensninger for hva slags slutning og konklusjon en kan trekke. Denne svakheten har sitt opphav i at det foreligger svært få forskningsstudier om behandling av NPD-pasienter (Alarcon & Sarabia, 2012). Tilgjengelige studier omfatter først og fremst casestudier (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg, & Duggal, 2009). Det knyttes derfor stor usikkerhet til replikasjon av funn i studiene (Paris, 2012). Når det først gjøres, skjer dette sporadisk og

usystematisk (Britton, 2004). Av den grunn blir det uforsvarlig å trekke bastante slutninger om at klassisk psykologisk intervensjon er veien å gå i behandling av NPD (Paris, 2012).

Mange av studiene om NPD er dessuten av eldre dato. Flere har i tillegg behandlet NPD som en variant, og/ eller en undergruppe av borderline personlighetsforstyrrelse (Perry, Banon, & Floriana, 1999). Dette gir lite oversikt når funn skal tolkes, for det er ikke alltid like lett å se om resultatene gjenspeiler NPD, eller skriver seg fra borderline personlighetsforstyrrelser (Twenge & Campbell, 2003).

Den andre svakheten er det teoretiske rammeverket for oppgaven. Fokuset har vært på alliansebygging og intervensjon i psykodynamisk og psykoanalytisk perspektiv. Et slikt fokus setter utvilsomt føring for forståelse og klinisk intervensjon av NPD-fenomenet. Dette har sitt opphav i tilgjengelig forskningslitteratur (Alarcon & Sarabia, 2012). Fordi dynamisk psykoterapi eller klassisk psykoanalyse er den terapi tilnærmingen som opp gjennom tiden har vært det foretrukne valget i behandling av NPD-pasienter (Heiserman, & Cook, 1998; Leichsenring, & Leibing, 2003; Verheul & Herbrink 2007; Dixon-Gordon, Turner, & Chapman, 2011). En skal derfor være varsom med å trekke slutninger om at psykologisk intervensjon i behandling av NPD-pasienter vil føre til økt alliansebygging, og dermed reduksjon av symptomtrykk (Paris, 2012). Fallgraven kan bli stor i og med at psykologisk intervensjon i dette tilfellet spesifikt dreier seg om dynamisk og/ eller analytisk psykoterapi, funn kan derfor ikke direkte generaliseres til andre psykologiske intervensjoner (Leichsenring & Leibing, 2003).

Den tredje begrensningen i oppgaven er at begge NPD-subtypene (den grandiose og den sårbare) har blitt behandlet som et felles fenomen. På tross av at forskningsresultater oppmuntrer nettopp til å gjøre dette, er det likevel foretatt lite forskning for å underbygge dette synet. Denne sammensmeltingen av typene uten å ha tilstrekkelig empirisk forskningsgrunnlag, bidrar til at NPD-pasienter blir ansett og behandlet som en homogen

gruppe. Dette medfører store terapeutiske komplikasjoner og utfordringer i behandling av denne pasientgruppen. For å komplisere diskusjonen ytterligere, har enkelte også argumentert for at NPD bør bestå av tre subtyper; den grandiose, den sårbare og den aggressive (Houlcroft, Bore, & Munro, 2012).

Implikasjoner

Som gruppe representerer NPD-pasienter utvilsomt store utfordringer for helsevesenet (Magidson, et al. 2012). Funn indikerer seks viktige implikasjoner i behandling og håndtering av disse pasientene. For det første kreves omfattende langtidsintervensjon (Callaghan, Caitlin, Summers, & Weidman, 2003; Leichsenring & Leibing, 2003), noe som i seg selv er mer enn nok utfordrende med henblikk på hvordan dagens helsevesen er bygd opp (Magidson, et al., 2012). For det andre har prognoser og resultater vært både varierende og mangelfulle. For det tredje er det likevel mye som tyder på at psykologisk intervensjon kan skape gode terapeutiske allianser med denne pasientgruppen (Dimaggio, et al., 2006). God allianse gir trygghet, aksept, og tillit hos NPD-pasienter. En god allianse kan derfor være med på å dempe skam og skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, selvkritisk følelse, andre negative følelser og atferd hos denne pasientgruppen (Shilkret, 2006). Dette på tross av det ikke foreligger klare retningslinjer for hvordan denne terapeutiske alliansen skapes. Det bør være en tankevekker at det er fullt mulig å gjøre dette (Magidson, et al., 2012). Godt faglig rammeverk og klare retningslinjer er viktig i enhver psykologisk behandling. Den fjerde implikasjonen tyder likevel på at NPD pasienter kan ha bedre behandlingseffekt ved bruk av alternativ tilnærming og behandlingsmåter (Vonk, Zeigler-Hill, Mayhew, & Mercer, 2013) og forståelse (Romano, 2004; Shilkret, 2006). Gjennomgående tematikk i de 7 kasuistikkene i oppgaven er at psykologer til en viss grad følger spesifikke retningslinjer. Alliansen oppstår først når behandlere forstår og anerkjenner pasientenes projeksjoner og overføringer, samtidig med at

behandlere inntar en transparenterende og selvavslørende holdning, og ikke minst har gode terapeutiske motoverføringer. I dette ligger det at psykologen må være oppmerksom på pasientens lettere krenkbarhet og sårbarhet som også er den femte implikasjonen. Psykologen må også kunne veksle mellom å være psykolog, og det å bli belært av pasienten. I tillegg bør psykologen være villig til å avsløre noen svakheter ved seg som medmenneske til pasienten. Den sjette og siste implikasjonen tyder dessuten på at er det tilfeller hvor psykologen kanskje må gi fra seg deler av psykologrollen i løpet av konsultasjonen. Kanskje har fokus på å være ”den perfekte og ufeilbarlige” psykolog vært det største hinderet for god alliansebygging, og ikke nødvendigvis NPDs kompleksitet i seg selv? Fremtidig forskning vil vise.

Forslag til videre forskning

Det er uten tvil at NPD-pasienter har stort behov for hjelp, men deres væremåte i terapi skaper som regel negative reaksjoner (motoverføring) hos terapeuten, noe som i sin tur gir næring til NDP-lidelsen (Gabbard, 2009). Overføring, motoverføring og projeksjon er kjente elementer innen de psykoanalytiske tradisjonene, og har vist seg å være essensielt i behandling av NPD (Schultz & Glickauf-Hughnes, 1995). Likevel er det lite empirisk forskning på hvordan disse teknikkene anvendes i praksis i forhold til behandling av NPD-pasienter. Det er et paradoks når en vet at negative motoverføringer lett skaper alliansebrudd (Dimaggio, Fiore, Lysaker, Petrilli, Salvatore, Semerari, & Nicolo, 2006), skjer nettopp dette til stadighet (Gabbard, 2009). Buechler (2010) stiller spørsmål om det kan komme av at fagfolk verdsetter egne verdier målt i suksess og tilbakeslag, at pasientenes behov kommer i andre rekke? Kritikken kan tolkes dithen at fagfolk har for stort fokus på pasientens atferd (overføring) at terapeuten reaksjoner (motoverføring) blir nedtonet. Er psykologer rett og slett for stolte til å erkjenne sine egne feil og mangler (Buechler, 2010)? Fremtidig forskning bør derfor ha større fokus på terapeuten rolle i alliansebygging med

NPD-pasienter (Lachmann, 2009). Og ikke minst hvordan overføring, motoverføring og projeksjon kan brukes til å skape god terapeutisk allianse.

Å jobbe med NPD-pasienter kan lett føre til utbrenthet blant terapeuter (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Fremtidig forskning bør derfor fokusere på hva det er som gjør at enkelte behandlere er bedre i stand til å håndtere NDP-pasienter og mindre utsatt for utbrenthet enn andre. En utbrent behandler vil mest sannsynlig føre til pause og brudd i behandlingsforløpet, og det mest sannsynlige utfallet vil da være alliansebrudd. NDP-pasienter ser på et slikt brudd som avvisning, og dette vil forsterke deres tidligere opplevde avvisninger (Zeigler-Hill, Myers & Clark, 2010; Ronningstam, 2011).

Kunnskap om kormobide lidelser er viktig i behandling av enhver psykisk lidelse (Krueger, 2010; Magidson, Collado-Rodriguez, Madan, Perez-Camoirano, Galloway, Borckardt, Campbell, & Miller, 2012;). Forskning har vist at det ikke er uvanlig at det foreligger en eller annen form for klinisk depresjon i tillegg til NPD (Miller, Campbell, & Pilkonis, 2007). Når depressive symptomer er iøynefallende, har helsepersonell lett for å fokusere på behandling av depresjon (Ronningstam, 2011a). Slike snarveier vil utvilsomt oppleves som krenkende og gi følelse av å bli umyndiggjort hos NPD-pasienter (Shilkret, 2006), noe som igjen gir lite rom for god terapeutisk alliansebygging og reduksjon av symptomtrykk (Ronningstam, 2011a).

En annen fallgrube er når helsepersonell (Magidson, et al., 2012) og forskere (Cain, Pincus, & Ansell, 2008) håndterer kun en av subtypene, basert på observerbar symptomatologi. Dette har sannsynligvis bidratt til at den sårbare typen lett blir oversett. Fremtidig forskning bør derfor utvikle kartleggingsverktøy som tar høyde for begge NPD subtypene samt komorbide lidelser (Samuel & Widiger, 2004; Davis et al. 1996). Bedre trening av helsepersonell er også et område hvor det er stort rom for forbedring (Romano, 2004; Verheul og Herbrink 2007; Bender, 2012).

Referanseliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Alarcon, R. D., & Sarabia, S. (2012). Debates on the narcissism conundrum: Trait, Domain, Dimension, Type, or Disorder? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(1), 16-25. doi: 10.1097/NMD.0b013e31823e6795
- Almond, R. (2004). “I can do it (all) myself”: Clinical Technique With Defensive Narcissistic Self-Sufficiency. *Psychoanalytic Psychology, 21*(3), 371–384. doi: 10.1037/0736-9735.21.3.371
- Alport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait names: A psych-lexical study. *Psychological Monographs, 47*, 1-171.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 th edn.* Washington DC: APA.
- Barry, C. T., Frick, P. J., & Killian, A. L. (2003). The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 139–152. doi: 10.1207/S15374424JCCP3201_13
- Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation and denial. *Journal of Personality, 66*(6), 1081-1127. doi: 10.1111/1467-6494.00043
- Bender, D. S. (2012). Mirror, Mirror on the Wall: Reflecting on Narcissism. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 68*(8), 877–885. doi: 10.1002/jclp.21892

- Blais, M. A., & Little, J. A. (2010). Toward an Integrative Study of Narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 197–199. doi: 10.1037/a0020573
- Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & Pavlovic, J. D. (2004). Feeling Superior but Threatened: The Relation of Narcissism to Social Comparison. *Basic and Applied Social Psychology*, 26(1), 35-44. doi: 10.1207/s15324834basp2601_4
- Britton, R. (2004). Narcissistic disorders in clinical practice. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 477-490. doi: 10.1111/j.0021-8774.2004.00479.x
- Buechler, S. (2010). Overcoming our own pride in the treatment of narcissistic patients. *International Forum of Psychoanalysis*, 19:2, 120-124. doi: 10.1080/08037060903356792
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638–656. doi:10.1016/j.cpr.2007.09.006
- Callaghan, G. M., Caitlin, J., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behaviors: A Single-Subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321-339. doi: 10.1023/B:JOCP.0000004502.55597.81
- Campbell, W. K. (1999). Narcissism and romantic attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1254-1270. doi: 10.1037/0022-3514.77.6.1254
- Campbell, W. K., Goodie, A. S., & Foster, J. D. (2004). Narcissism, Confidence, and Risk Attitude. *Journal of Behavioral Decision Making*, 17, 297-311. doi: 10.1002/bdm.475

- Campbell, W. K., Bush, C. P., Brunell, A. B., & Shelton, J. (2005). Understanding the Social Costs of Narcissism: The Case of the Tragedy of the Commons. *Pers Soc Psychol Bull*, *31*, 1358-1368. doi: 10.1177/0146167205274855
- Cater, T. E., Zeigler-Hill, V., & Vonk, J. (2011). Narcissism and recollections of early life experiences. *Personality and Individual Differences*, *51*, 935–939. doi: 10.1016/j.paid.2011.07.023
- Cramer, P. (2011 A). Young adult narcissism: A 20 year longitudinal study of the contribution of parenting styles, preschool precursors of narcissism, and denial. *Journal of Research in Personality*, *45*, 19–28. doi:10.1016/j.jrp.2010.11.004
- Cramer, P. (2011 B). Narcissism through the ages: What happens when narcissists grow older? *Journal of Research in Personality*, *45*, 479–492. doi: 10.1016/j.jrp.2011.06.003
- Dhawana, N., Kunik, M. E., Oldham, J., & Coverdale, J. (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, *51*, 333–339. doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.003
- Daig, I., Klapp, B. F., & Fliege, H. (2009). Narcissism Predicts Therapy Outcome in Psychosomatic Patients. *Journal of Psychopathology Behavior Assess*, *31*, 368–377. doi: 10.1007/s10862-008-9122-0
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 188-207. doi: 10.1521/pedi.17.3.188.22146
- Dimaggio, G., & Attina, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorder and Associated Perfectionism. *Journal of clinical psychology: In sessions*, *68*(8), 922–934. doi: 10.1002/jclp.21896

- Dimaggio, G., Fiore, D., Salvatore, G., & Carcione, A. (2007). Dialogical Relationship Patterns in Narcissistic Personalities: Session Analysis and Treatment Implications. *Journal of Constructivist Psychology, 20*(1), 23-51. doi: 10.1080/10720530600992741
- Dimaggio, G., Fiore, D., Lysaker, P. H., Petrilli, D., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolo, G. (2006). Early narcissistic transference patterns: An exploratory single case study from the perspective of dialogical self theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 495–516. doi:10.1348/147608305X63089
- Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., & Chapman, A. L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry, 23*, 282–302. doi: 10.3109/09540261.2011.586992
- Donner, M. B. (2006). Tearing the child apart: The Contribution of Narcissism, Envy, and Perverse Modes of Thought to Child Custody Wars. *Psychoanalytic Psychology, 23*(3), 542–553. doi: 10.1037/0736-9735.23.3.542
- Emmons, R. A. (1984). Factor analysis and construct validity of the narcissistic personality inventory. *Journal of Personality Assessment, 48*, 291-300. doi: 10.1207/s15327752jpa4803_11
- Exline, J. J., Baumeister, R. F., Bushman, B. J., & Campell, W. H. (2004). Too proud to let go: Narcissistic entitlement as a barrier to forgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*(6), 894–912. doi: 10.1037/0022-3514.87.6.894
- Feist, J., & Feist, G. J. (2006). *Theories of personality. Sixth Edition*. NY: The McGraw-Hill Companies.
- Gabbard, G. O. (2009). Transference and Countertransference: Developments in the Treatment of Narcissistic Personality Disorder. *Psychiatric Annals, 39*(3), 129-136. <http://search.proquest.com/docview/217058312/citation?accountid=8579>

- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment consideration. *Psychotherapy, 32*(2), 213-221. doi: 10.1037/0033-3204.32.2.213
- Goldman, G. F., & Gelso, C. J. (1997). Kohut's Theory of Narcissism and Adolescent Drug Abuse Treatment. *Psychoanalytic Psychology, 14*(1), 81-94. doi: 10.1037/h0079725
- Heiserman, A., & Cook, H. (1998). Narcissism, Affect, and Gender: An Empirical Examination of Kernberg's and Kohut's Theories of Narcissism. *Psychoanalytic Psychology, 15*(1), 74-92.
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/heiserman1998.pdf>
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review, 30*, 63–77.
doi:10.1016/j.cpr.2009.09.004
- Horton, R. S., Bleau, G., & Drwecki, B. (2006). Parenting Narcissus: What Are the Links Between Parenting and Narcissism? *Journal of Personality, 74*(2), 345-376.
doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00378.x
- Houlcroft, L., Bore, M., & Munro, D. (2012). Three faces of Narcissism. *Personality and Individual Differences, 53*, 274–278. doi: 10.1016/j.paid.2012.03.036
- Hotchkiss, S. (2005). Key concepts in the theory and treatment of narcissistic phenomena. *Clinical Social Work Journal, 33*(2), doi: 10.1007/s10615-005-3528-x
- Hunt, W. (1995). The diffident narcissist: A character-type illustrated in *The Beast in the Jungle* by Henry James. *International Journal of Psycho-analysis, 76*, 1257–1267.
- Imbesi, L. (1999). The making of a Narcissist. *Clinical Social Work Journal, 27*(1), 41-54.
doi: 10.1023/A:1022809314267
- Kealy, D., & Ogradniczuk, J. S. (2011). Narcissistic Interpersonal Problems in Clinical Practice. *Harv Rev Psychiatry, 19*(6), 290-301. doi: 10.3109/10673229.2011.632604

- Kealy, D., & Rasmussen, B. (2012). Veiled and Vulnerable: The Other Side of Grandiose Narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 40(3), 56–365. doi: 10.1007/s10615-011-0370-1
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. London: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1997). Pathological narcissism and narcissistic personality disorders: Theoretical background and diagnostic classification. In E. F Ronningstam (ed). *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kernberg, O. F., Weiner, A. S., & Badenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. NY: Basic Books.
- Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of American Psychoanal Assoc*, 55, 503-539. doi: 10.1177/00030651070550020701
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. NY: International University Press.
- Krueger, R. F. (2010). Personality pathology is dimensional, so what shall we do with the DSM–IV personality disorder categories? The case of narcissistic personality disorder: comment on Miller and Campbell (2010). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 195–196, doi: 10.1037/a0020638
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. 2nd ed. California: SAGE Publications.

- Lachmann, F. M. (2009). Transforming Narcissism: Reflections on Empathy, Humor, and Expectations. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 402–403. doi: 10.1037/a0017017
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in treatment of personality disorders: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941–948. doi:10.1001/archpsyc.55.10.941
- Luchner, A. F., Mirsalimi, H., Moser, C. J., & Jones, R. A. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 1–14. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.1
- Magidson, J. F., Collado-Rodriguez, A., Madan, A., Perez-Camoirano, N. A., Galloway, S. K., Borckardt, J. J., Campbell, W. K., Miller, J. D. (2012). Addressing Narcissistic Personality Features in the Context of Medical Care: Integrating Diverse Perspectives to Inform Clinical Practice. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 196–208. doi: 10.1037/a0025854
- Magnavita, J. J. (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp.107–123). New York: Guilford Press.
- Maxwell, K., Donnellan, M. B., Hopwood, C. J., & Ackerman, R. A. (2011). The two faces of Narcissus? An empirical comparison of the Narcissistic Personality Inventory and the

- Pathological Narcissism Inventory. *Personality and Individual Differences*, 50, 577–582. doi:10.1016/j.paid.2010.11.031
- McGivern, G., & Fischer, M. D. (2012). Reactivity and reactions to regulatory transparency in medicine, psychotherapy and counseling. *Social Science & Medicine*, 74(3), 289e296. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.035
- McNeal, S. (2003). A Character in Search of Character: Narcissistic Personality Disorder and Ego State Therapy. *American Journal of clinical Hypnosis*, 45(3), 233-243. doi: 10.1080/00029157.2003.10403529
- Miller, J. D., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170–177. doi:10.1016/j.comppsy.2006.10.003
- Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2010). The Case for Using Research on Trait Narcissism as a Building Block for Understanding Narcissistic Personality Disorder: A Clarification and Expansion. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 200–201. doi: 10.1037/a0020187
- Miller, J. D., Gaughan, E. T., Pryor, L. R., Kamen, C., & Campbell, W. K. (2009). Is research using the narcissistic personality inventory relevant for understanding narcissistic personality disorder? *Journal of Research in Personality*, 43, 482–488. doi:10.1016/j.jrp.2009.02.001
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., & Campbell, W. K. (2011). Grandiose and Vulnerable Narcissism: A Nomological Network Analysis. *Journal of Personality*, 79(5), 1013-1042. doi: 10.1111/j.14676494.2010.00711.x
- Millon, T., & Everly, G. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: Wiley.

- Myers, E. M., & Zeigler-Hill, V. (2012). Brief Report: How much do narcissists really like themselves? Using the bogus pipeline procedure to better understand the self-esteem of narcissists. *Journal of Research in Personality, 46*, 102–105. doi: 10.1016/j.jrp.2011.09.006
- Nicolò, G., Carcione, A., Semerari, A., & Dimaggio, G. (2007). Reaching the Covert, Fragile Side of Patients: The Case of Narcissistic Personality Disorder. *Journal of clinical psychology: In session, 63*(2), 141–152. doi: 10.1002/jclp.20337
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Steinberg, P. I., & Duggal, D. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 837–842. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.12.005
- O'Leary, J., & Wright, F. (1986). Shame and Gender Issues in Pathological Narcissism. *Psychoanalytic psychology, 3*(4), 327-339.
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/oleary1986.pdf>
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*, 104–116. doi: 10.1177/0146167205279907
- Paris, J. (2012). Modernity and Narcissistic Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, (pp.1-11)*. doi: 10.1037/a0028580
- Perry, J. C., Banon, E., & Floriana, I. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 1312-1321.
<http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3704/1312.pdf>
- Pincus, A., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol. 6*, 421–446. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215

- Raskin, R. N., & Novacek, J. (1991). Narcissistic self-esteem management. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 911-918. doi: 10.1037/0022-3514.60.6.911
- Rhodewalt, F., & Eddings, S. K. (2002). Narcissus reflects: Memory distortion in response to ego-relevant feedback among high- and low-narcissistic men. *Journal of Research in Personality*, *36*, 97–116. doi:10.1006/jrpe.2002.2342
- Roche, M. J., Pincus, A. L., Conroy, D. E., Hyde, A. L., & Ram, N. (2012). Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, (pp.1-9). doi:10.1037/a0030798.
- Romano, D. M. C. (2004). A self-psychology approach to narcissistic personality disorder: A nursing reflection. *Perspective in Psychiatric Care*, *40*(1), 20-28. doi: 10.1111/j.1744-6163.2004.00020.x
- Ronningstam, E. F. (ed) (2000). Narcissistic personality disorder and pathological narcissism. *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*. Northvale: American Psychiatric Press.
- Ronningstam, E. (2011 A). Narcissistic Personality Disorder: A Clinical Perspective. *J. of Psychiatric Practice*, *17*(2), 89-99. doi: 10.1097/01.pra.0000396060.67150.40
- Ronningstam, E. (2011 B). Narcissistic personality disorder in DSM V—In support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *25*(2), 248–259. doi: 10.1521/pedi.2011.25.2.248
- Ronningstam, E. (2012). Alliance Building and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of clinical psychology: In session*, *68*(8), 943–953. doi: 10.1002/jclp.21898.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and Individual Differences*, *33*, 379–391. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00162-3

- Russell, G. A. (1985). Narcissism and the narcissistic personality disorder: A comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 137-148. doi: 10.1111/j.2044-8341.1985.tb02626.x
- Samuel, D. B., & Thomas A. Widiger, T. A. (2004). Clinicians` personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 286-308. doi: 10.1521/pedi.18.3.286.35446
- Schoenleber, M., Sadeh, N., & Verona, E. (2011). Parallel Syndromes: Two Dimensions of Narcissism and the Facets of Psychopathic Personality in Criminally Involved Individuals. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 113–127. doi: 10.1037/a0021870
- Schultz, R. E., & Glickauf-Hughnes, C. (1995). Countertransference in the treatment of pathological narcissism. *Psychotherapy*, 32(4), 601-607. doi: 10.1037/0033-3204.32.4.601
- Shilkret, C. J. (2006). Endangered by the interpretations: Treatment by Attitude of the Narcissistically Vulnerable Patient. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 30–42. doi: 10.1037/0736-9735.23.1.30
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033–1045
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669224/pdf/nihms101406.pdf>
- Thomaes, S., Stegge, H., Bushman, B. J., Olthof, T., & Denissen, J. (2008). Development and validation of the Childhood Narcissism Scale. *Journal of Personality Assessment*, 90, 382–391. doi: 10.1080/00223890802108162

- Thomaes, S., Bushman, B. J., De-Castro, B. O., & Stegge, H. (2009). What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism. *Development and Psychopathology, 21*, 1233–1247. doi: 10.1017/S0954579409990137
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2003). "Isn't It Fun to Get the Respect That We're Going to Deserve?": Narcissism, Social Rejection, and Aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 261-272. doi: 10.1177/0146167202239051
- Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C-H, Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 37-47. doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.001
- Verheul, R., & Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry, 19*(1), 25–38. doi: 10.1080/09540260601095399
- Vernon, P. A., Villani, V. C., Vickers, L. C., & Harris, J. A. (2008). A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences, 44*, 445– 452. doi: 0.1016/j.paid.2007.09.007.
- Videbech, P., Kjølbye, M., sørensen, T., & Vestergaard, P. (2010). *Psykiatri: En lærebog om voksnes psykiske sygdomm. 4. udgave*. København: Fagl's Forlag.
- Vonk, J., Zeigler-Hill, V., Patricia Mayhew, P., & Mercer, S. (2013). Mirror, mirror on the wall, which form of narcissist knows self and others best of all? *Personality and Individual Differences, 54*, 396–401. doi: 10.1016/j.paid.2012.10.010

- Wallace, H. M., & Baumeister R. F. (2002). The Performance of Narcissists Rises and Falls With Perceived Opportunity for Glory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 819–834. doi: 10.1037//0022-3514.82.5.819
- Watson, P. J., Sawrie, S. M., Greene, R. L., & Arredondo, R. (2002). Narcissism and depression: MMPI-2 evidence for the continuum hypothesis in clinical samples. *J. of Personality Assessment*, 79(1), 85-109. doi: 10.1207/S15327752JPA7901_06
- Widiger, T. (2012). COMMENTARIES: In Defense of Narcissistic Personality Traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 192–194. doi: 10.1037/a0020199
- Willock, B. (1985). Narcissistic vulnerability in the hyperaggressive child: The disregarded (unloved, uncared-for) self. *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 39-80.
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/willock1986.pdf>
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases 10th edn*. Geneva: WHO.
- Zeigler-Hill, V., Myers, E. M., & Clark, C. B. (2010). Narcissism and self-esteem reactivity: The role of negative achievement events. *Journal of Research in Personality*, 44, 285–292. doi:10.1016/j.jrp.2010.02.005
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 96-103. doi:10.1016/j.jbt