

Narsissisme, mentalisering og gruppeterapi

Sigmund Karterud

Sammendrag

I denne artikkelen beskriver jeg hva som kjennetegner narsissisme med utgangspunkt i personlighetens tre hovedkomponenter: temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne. Grovt sagt handler narsissisme om temperamentsfenomener som høy sosial dominans, lav omsorg/kjærlighet/empati og narsissistisk raseri, om et overveiende distansert tilknytningsmønster og en tendens til pseudomentalisering. I tillegg kommer tendensen til å devaluere andre og håndtere egen svakhet gjennom proaktiv identifikasjon. Jeg beskriver hvilke implikasjoner dette får for dynamikken i terapeutiske grupper. Terapeuter står overfor krevende utfordringer. Bearbeiding av narsissisme i grupper er ikke noe for amatører. Det er viktig med grundig kunnskap om disse sammenhengene og å ha terapeutiske ferdigheter som kan håndtere så vel det narsissistiske individ som gruppen som helhet.

Narsissisme er et begrep som har sin opprinnelse i forsøk på å beskrive visse personlighetsegenskaper på individnivå (Freud, 1914). I vår tid er begrepet også anvendelig for forståelse av kollektiv identitet og kollektive diskursformer (Karterud & Stone 2003). Vi kan snakke om narsissistiske par, familier, grupper, foretak, etc. Jeg kommer tilbake til denne anvendelsen mot slutten av artikkelen. I hovedsak vil jeg imidlertid drøfte narsissistiske fenomener knyttet til individer i terapeutiske grupper og med spesiell vekt på individets og gruppens mentaliseringsevne.

Grovt sagt er ikke individer med narsissistisk personlighetsstruktur ønskekandidater for en terapeutisk gruppe (Karterud 1999). Når det er sagt skal det straks tilføyes at narsissisme bare er en del av personligheten. Narsissistiske in-

Sigmund Karterud, MD, PhD, Professor i psykiatri, Svartedikerveien 6a, 5009 Bergen, wkarteru@online.no

divider har også andre personlighetstrekk og det er viktige forskjeller mellom disse individene med hensyn til "skjult/sky" eller "åpen" narsissisme, og til nærværet av eventuelle histrioniske, antisosiale, psykopatiske, paranoide, schizotipe eller autistiske trekk. Disse tilleggstrekkene kan ofte være den vanskeligste delen av det kliniske bildet (Karterud, Wilberg & Urnes, 2017). Ytterpunktet er malign narsissisme, dvs. kombinasjonen av narsissistiske, antisosiale, psykopatiske og paranoid trekk. Slike personer vil imidlertid ikke søke til terapeutiske grupper. De vil kunne finnes i grupper i fengsler, men dette ligger utenfor denne artikkelens emneområde. I terapeutiske grupper finner man oftere individer med skjult narsissisme som gjerne betyr at deres innlemmelse har grunnet seg i en tilleggslidelse, eksempelvis en kronifisert depresjon. Først når depresjonen begynner å lette, kommer narsissismen til syne.

Ikke desto mindre, narsissistiske individer deler vise karakteristika som stammer fra hovedkomponentene i personligheten, som handler om temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne (Karterud 2017). Disse karakteristika vil på avgjørende måter virke inn på deres gruppeadferd.

Jeg starter med temperament. Hva er det som kjennetegner temperamentet til narsissistiske individer? Temperament er et vidt begrep, men de fleste forfattere deler den oppfatning at kjernen i begrepet handler om emosjoner og emosjonsregulering (i tillegg til eksekutive funksjoner som oppmerksomhet og virksom kontroll). Det er gode grunner til å legge til en annen personlighetsdimensjon som er tett på primære emosjoner, selv om den ikke oppfyller alle definatoriske kriterier for å være en primær emosjon (van der Westhuizen & Solms 2014; Panksepp & Biven, 2012). Det handler om *sosial dominans* (eller *sosial rangadferd*). Tabell 1 viser statistisk signifikante sammenhenger mellom DSM-IV kategoriene for personlighetsforstyrrelser og primære emosjoner (utelatt seksuell lyst, men inkludert sosial dominans). Det er fra en studie av 546 pasienter med personlighetsforstyrrelser som er behandlet ved Avdeling for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus (Karterud et al., 2016). Primære emosjoner (og dominans) ble målt med Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS, Pedersen et al., 2014). Tabell 1 viser følgende sammenheng: Dess mer man legger til av kriterier for en personlighetsforstyrrelse, dess mer uttalt (eller redusert) blir de forskjellige primære emosjoner. Eksempelvis: dess flere borderlinekriterier, dess mer separasjonsangst. Den sterkeste korrelasjonen i denne tabellen er mellom kriteriene for narsissistisk personlighetsforstyrrelse (PF) og sosial dominans ($r = .30$). Narsissistisk PF er også negativt forbundet med omsorg/kjærlighet. Det vil si dess flere narsissismekriterier, dess lavere omsorgsevne (og empati).

Det betyr at dersom man inkluderer en person med narsissistisk PF i en gruppe, legger man til en person som med stor sannsynlighet vil være kompetitiv, sosialt dominant, ambisiøs, med lav terskel for sinne og som ikke vil bry seg nevneverdig om de andre medlemmene i gruppen (Karterud 2010). Den ambisiøse delen kan være positiv for gruppen. Vedkommende ønsker å oppnå noe, ikke bare være der for å høre til et sted. I tabell 1 kommer ikke sinne ut som en egenskap som kjennetegner narsissisme. Dette kan være utvalgsavhengig. Det dreier seg om pasienter som har valgt et svært gruppeorientert behandlingstilbud. Det skal også anføres at dataene i tabell 1 bygger på en regresjonsmodell. Det innebærer at de primære emosjonene er korrigert for hverandre. I dataene er det en positiv korrelasjon mellom sinne og narsissisme, men den forsvinner når sosial dominans blir lagt til i ligningen. Ronningstam (2005) har dokumentert og diskutert sinne-komponenten i narsissisme. En svært aggressiv narsissistisk pasient kan fort bli et problem for gruppen som helhet. Han/hun kan skremme de andre gruppemedlemmene, paralisere gruppen, ta lederskap over en aggressiv subgruppe og/eller angripe terapeuten på ondsinnede måter.

Vignett 1: Turid (34) var henvist til behandlingsprogrammet for personlighetsforstyrrelser på grunn av gjentatte problemer i arbeidsforhold, langvarig sykmelding, turbulente kjærlighetsforhold, familiekranter, alkohol- og stoffmisbruk. SCID-II intervjuet viste borderline og narsissistiske trekk. Hun ble glad for å høre at hun skulle i den gruppen som var ledet av avdelingsoverlegen og som også var forfatter av flere lærebøker. Endelig skulle hun få den best mulige behandlingen fra en kjent ekspert på området. Denne romansen varte ikke lenge. Snart begynte hun å klage over at terapeuten ikke hørte skikkelig på henne, at han avbrøt henne, at hun ikke fikk snakke fritt og ikke fikk den tiden hun trengte for å forklare seg, at han egentlig ikke var interessert i henne og at han behandlet henne annerledes enn de andre gruppemedlemmene. Disse anklagene ble mer og mer følelsesladde. Hun kunne skrike til terapeuten. Hun mente etterhvert at hun hadde avslørt ham. Han hadde akkurat de samme egenskapene som hun kjente så alt for godt fra sin far. Spesielt handlet det om ufeilbarlighet. Han kunne aldri selv ta skylden for noe, men bebreidet i stedet henne for alt mulig. Hun opptok mer og mer av gruppens tid og oppmerksomhet og de andre pasientene ble stille og unnvikende. Hun avviste eller devaluerte alle intervensjoner fra terapeuten og

avviste også alle forsøk på å komme videre i separate møter med individualterapeuten. Etter ni gruppemøter erklærte gruppeterapeuten at han hadde bestemt seg for å ta henne ut av gruppen ettersom de ikke hadde lyktes med å komme til enighet om noen arbeidsform som fortjente betegnelsen psykoterapi. Hun protesterte heftig og ble nå støttet av flere av de andre gruppemedlemmene. Hun insisterte på at hun hadde rett til å være med i gruppen og annonserte at hun ville appellere til sykehusledelsen og helsemyndighetene. Pasienten fortsatte terapien med individualterapeuten sin og gjorde etterhvert betydelige fremskritt etter at hun hadde blitt tatt ut av en gruppe som hadde en nærmest toksisk effekt på henne.

Sterkt dominante narsissistiske pasienter kan endatil “avsette” terapeuten og selv ta kontroll over gruppen dersom pasienten er passiv eller at han/hun ikke lever opp til pasientens forventninger. Følgende episode ble observert i en gruppe som ble veiledet (basert på video-opptak) av forfatteren:

Vignett 2: Ganske tidlig i et gruppemøte sier et av medlemmene at hun har hatt problemer med Anna og Susanne i gruppen. På henne virket det som om de rottet seg sammen på en måte. Hun mistenkte at de snakket negativt om henne, bak hennes rygg, og hun tenkte hun ville bringe dette inn i gruppen. Det førte til en opphetet og krangelende stemning. Folk avbrøt hverandre, følte seg fort angrepet og var raske til å gå til motangrep. Terapeuten forsøkte etter en stund å stoppe dette ved å si noe og holde opp hånden, men han ble oversett og overhørt. Etter en stund gjorde han et nytt forsøk, men ble oversett igjen. I et tredje forsøk lyktes det ham å fange gruppens oppmerksomhet. Til tross for at terapeuten sier “de riktige tingene”, om et viktig emne og at temperaturen var i høyeste laget i gruppen, blir han litt lang og omstendelig og etter en stund blir han avbrutt av Susanne som snur seg til et annet gruppemedlem og fortsetter å snakke om et emne fra tidligere i gruppen, som om terapeutens kommentarer ikke hadde funnet sted. Terapeuten lar dette skje. Etter en stund blir Susannes heftige stil kommentert av et annet gruppemedlem og hennes avbrytelse av terapeuten blir nevnt. Susanne svarer med å si “Vel ... ja, men terapeuten bare snakker og snakker og vanligvis kommer det aldri noe vesentlig ut av det, uansett liksom. Det er riktig at jeg da blir utålmodig. Men jeg tror det er sunt.” Et annet gruppemedlem

sier: "Jeg synes virkelig at du er modig". Gruppesamtalen fortsetter og Susannes devaluering blir ikke kommentert mer.

Disse vignettene handler om terapeutens *autoritet*. Det er sjelden noe tema i individuell psykoterapi. I psykoterapeutiske grupper er det et tema av høyeste betydning. (Karterud 2012, 2015,a). Grupper kan bli svært kaotiske og destruktive og terapeutens autoritet kan være avgjørende for å kontrollere destruktive krefter. Gruppemedlemmer med narsissistiske trekk vil gjerne utfordre ham/henne. Den følgende vignetten (3) kommer fra en gruppe som ble transkribert og studert i detalj (Karterud & Indregard 2015). *I denne sekvensen kommer terapeuten (T1) knapt til orde. Han blir ignorert og ekskludert. Pasient Sara har overtatt som leder av gruppen. Hun er den dominerende personen i denne forvirrende diskusjonen med Helga og Trine om temaet hva man kan forvente seg av yngre mennesker:*

"T1: Jeg lurur ... lurur på, jeg tror jeg avbrøt deg litt nå, Sara, eh ... sorry, hvis det er tilfelle

Sara: (rister på hodet)

Trine: (til Helga, mens T1 snakker) Ikke for å være frekk ...

Helga: Nei da! Jeg ser hva du mener

Sara: (til T1) Hva?

T1: Jeg tenkte ... øh, du sa noe slikt som "hva kan unge mennesker egentlig forstå"

Sara: Ja

T1: (trekker pusten) Ok, hva ...

Sara (til de andre): Jeg tror hun har for høye forventninger om dem

Helga: Det tror jeg ikke, skal jeg si deg. Det er det minste du kan forlange av noen som har fylt 20 år

Sara: Neiii ...

Helga: Men ... men ungdommer, de er også forskjellige!

T1: Ja, hva ...

Helga: Det er de ...

Sara: Du må ta i betraktning at folk kan uttrykke kjærlighet på forskjellige

Helga: Ja!

Sara: Som Jesus, du kan ikke, slik jeg forstår at du har ...

Helga: Men ... ja det er nøya ... nøyaktig hva de ...

Sara: Hva slags forventninger, dersom du har forventninger er det som å be om å bli skuffa

T1: Men hva ...

Sara: Du har det bedre med ingen forventninger og så la dem vise deg hvordan de bryr seg, på sin egen måte

Helga: Og det er det jeg tror jeg gjør også, for slik er jeg, og det har ingenting å gjøre med ungene, det kan være noe som ... kanskje noe som skal skje og jeg kan tenke "nei, det kommer ikke til å skje uansett" ...

T1: (trekker pusten)

Trine: Det er noe man kan minne dem på også. Hva du faktisk gjør for dem. Fordi de er ... ja, de fleste unger er bortskjemte

Sara: Ja, men hvordan kan de vite, når vi aner... eh ... uttrykker kjærlighet, når du ikke forteller dem hva du ønsker fra dem? Det er som at du ...

Helga: Jeg har fortalt dem!

Sara: Ja, en gang, ja.

Helga: Nei, jeg har fortalt dem flere ganger etter det også

T1: (sier noe som drukner i talen til Helga)“

Fonagy & Allison (2014) har de senere årene vektlagt epistemisk tillit som en vesentlig faktor i endringsprosessen i psykoterapi. I vignetten over ble terapeuten devaluert som en kilde til kunnskap og vi antar at det ikke skjedde noen endringsprosess i denne gruppen.

Tilknytning er den andre hovedkomponenten i personligheten (Karterud 2017). Tilknytning er betinget av primære emosjoner, og spesielt frykt, separasjonsangst og omsorg/kjærlighet. Hvilket tilknytningsmønster er oftest forekommende hos personer med narsissistisk PF og hvordan influerer dette på gruppedynamikken? Forskningslitteraturen på dette området er spinkel, men de fleste forfattere er av den oppfatning at narsissistiske pasienter som oftest har et distanserende (avvisende, "dismissive") tilknytningsmønster. Dette er selvsagt også avhengig av resten av personligheten, og ikke minst av kjønn. Spesielt kvinnelige pasienter kan ha histrioniske eller emosjonelt ustabile trekk i tillegg. I så fall kan det henge sammen med et overinvolvert tilknytningsmønster eller et ustabil, såkalt A/C-mønster. Når antisosiale eller endog psykopatiske trekk er fremtredende, har det gjerne sammenheng med et avvisende mønster. Vedkommende "don't care", bokstavelig talt. Tilknytningsforskeren Patricia Crittenden (2000) har påpekt en sammenheng mellom et avvisende tilknytningsmønster og en overveiende kognitivt orientert mental stil, dvs. med mindre oppmerksomhet om og mindre influert av emosjoner.

Hvordan vil dette influere på gruppedynamikken? Som vi ser av tabell 1, dess flere narsissistiske kriterier, dess mindre omsorg og kjærlighet. Evnen til empati inngår i det primære emosjonelle systemet for omsorg. Dess mer narsissisme det er i gruppen, dess mindre empatisk og omsorgsfull vil den være, dess mer emosjonell kald og rasjonell vil den bli, og dess mer kompetitiv og aggressiv i kampen om makt og sosial rang. En slik gruppekultur kunne passe en arbeidsgruppe i Wall Street, men ikke en terapeutisk gruppe som inkluderer sårbare og utnyttingsbare individer. "Mengden" av narsissisme i en terapeutisk gruppe bør derfor begrenses.

Det er viktig å være klar over betydningen av et avvisende tilknytningsmønster for ikke å bli moralistisk, noe som er illustrert i følgende vignett.

Vignett 4: Karl (33) var henvist til MBT-programmet ved Avdeling for Personlighetspsykiatri fra NAV på grunn av langvarig arbeidsuførhet, sosial passivitet, dårlig samarbeidsvilje og alkoholmisbruk. Hovedproblemet for gruppeterapeutene var hans elendige oppmøte. Grovt sett møtte han opp omtrent annen hver gang. Når han var til stede viste han en distansert holdning med passivitet og liten interesse i historiene til de andre gruppe-medlemmene og hva som forøvrig hendte i gruppen. Gjennom en slik strategi mistet han opplevelsen av kontinuitet. Det var som om hvert gruppemøte var hans første. I individualterapien snakket han sjelden om gruppen. Når han ble spurt sa han den var kjedelig, han brydde seg ikke noe særlig og dessuten var han intellektuelt sett langt foran de andre gruppe-medlemmene. Han så på gruppen som et middel til å få individualterapi. Adferdsmønsteret ble selvsagt påpekt i gruppen og han fikk mange advarsler om at han risikerte å miste plassen om han ikke kom mer regelmessig. Individualterapeuten bad gruppeterapeutene om å være tålmodige. Han fremholdt at dette var en vesentlig side av pasientens problem, at det handlet om hans måte å opprettholde distanse til andre mennesker på og at de jobbet med saken i individualterapien. Dette vedvarte nær ett års tid! Han var og ble en fjern outsider som provoserte gruppen enormt med sin implisitte og eksplisitte devaluering. Men så begynte ting å skje. Hans mentaliseringsevne begynte å bli bedre og han fikk en attraktiv kjæreste som fungerte bedre rent personlighetsmessig enn ham selv. Han begynte å innse at nærhet og intimitet kunne være et problem og at dersom han skulle beholde denne kjæresten måtte han gjøre noe med disse sidene ved seg selv. En dag snakket han om dette dilemmaet i gruppen. Han fikk mye oppmerksomhet og sympati. Fra den dagen av møtte han regelmessig i gruppen og begynte å snakke om den med økende interesse og respekt i individualterapien.

Mentalisering er den tredje hovedkomponenten i personligheten. Det gjelder spesielt *eksplisitt* mentalisering som er forutsetningen for selvrefleksjon og narrativ identitet (Karterud 2017). Hvilke typiske mentaliseringsproblemer er forbundet med narsissisme? La oss starte med den overdrevne kognitive stilen

(Crittenden 2000) som er forbundet med deres distanserende tilknytningsmønstre. Denne kognitive stilen er koblet til lav affektbevissthet (bortsett fra seksuell lyst og sinne). Det foreligger således en *mentaliseringsmessig ubalanse* (Luyten et al. 2012). Tenkningen er mangelfullt påvirket av emosjonelle erfaringer, eksempelvis ved en mangel på empati, og denne konstellasjonen fremmer *pseudomentalisering*. Narsissistiske personer, som gjerne er svært ambisiøse, kan ha masse oppfatninger om andre og deres mentale tilstander og grunner for adferd, men måten å snakke om slikt på, deres typiske diskursive stil, tenderer å være fylt av stereotypiske synspunkter og klisjeer som er hentet fra populærpsykologi- og filosofi og lettkjøpte ideologier. Talen tenderer å mangle et personlig fotfeste, et grunnlag i personlig opplevde emosjonelle erfaringer. Talen tenderer å bli fylt av "bare ord".

Karl i vignetten ovenfra (4) var i sterk grad kjennetegnet av dette da han startet behandlingen. Det følgende sitatet (transkript) er fra hans første individualtime. Han starter med noen ytre hendelser, og etter en stund spør terapeuten hvordan han har det "på indre bane". Merk hans utsagn om alle menneskene rundt ham. Han hadde en svær bekjentskapskrets. Han kjente mange og mange kjente ham, men han hadde ingen nære venner. Måten han snakker på, som kommer frem i dette utdraget, forklarer godt dette paradokset: Alene og ensom midt blant "venner". Talemåten hans har som vesentlig funksjon å holde andre mennesker på avstand og terapeuten fikk umiddelbart kjenne det på den fremmedgjørende effekten det hadde på ham selv.

Vignett 5: "Karl: Jeg har vansker med å snakke med folk, jeg føler meg så fragmentert og uttømt. Jeg kjenner så utrolig mange mennesker, men jeg har store problemer med å fokusere på dem som kanskje betyr noe for meg fordi utviklingen min har vært så utrolig rask denne våren og sommeren, så jeg trenger hele tiden å ha en input på de nye fenomenene som utvikler seg inni meg og da trenger jeg å ta et skritt bort fra meg selv nå og da ... skjønner du hva jeg mener?"

Terapeuten: Nei, det gjør jeg ikke."

Dette ble det dominerende temaet for hele denne (vellykkede) terapien som varte i ett og et halvt år. Temaet viste seg i overføringen (og motoverføringen) etter 5 minutter i første time: hvordan hans måte å snakke (og tenke på) gjorde ham ensom selv om han hadde en rekke beundrende tilhørere som speilet hans grandiositet, men ingen av dem, og ikke ham selv heller, var nære.

En annen pasient uttrykte seg på denne måten:

Vignett 6: "De fleste mennesker interesserer meg rett og slett ikke. De har en aura som gjenspeiler en manglende evne til å prosessere kompleksiteten mellom mennesker. Jeg trenger input av energi som kan treffe min egen sjakra slik at totaliteten i eksistensen kan komme til syne i en umiddelbarhet som gjør det mulig å holde ut vår tids verden som er på randen av ødeleggelse".

På folkemunne, som ikke nødvendigvis er gjennomsyret av empati, vil denne type tale kunne bli karakterisert som "bullshit".

Et annet og kanskje mer kjent trekk ved mentaliseringsproblemene hos narsissistiske pasienter, er deres tendens til å devaluere andre mennesker og ty til projektiv identifikasjon hvorved egne svake og sårbare sider er hatefullt foraktet og angrepet i ens eget indre og utstøtt og projisert og angrepet som en foraktelig egenskap hos andre. Dette byr på store problemer i gruppeterapi, i tillegg til det som har vært nevnt overfor om deres sosiale dominans, avvissende tilknytningsmønster og pseudomentaliserende tenkning (Karterud 2015, b). Det er særlig to problemer forbundet med dette: 1) terapeuten risikerer at narsissistiske pasienter oppfører seg destruktivt i gruppen, angriper svakere og mer sårbare gruppemedlemmer og skaper en atmosfære av frykt, og 2) at narsissistiske pasienter ikke evner å "ta tilbake" de projiserte svake og sårbare sidene ved eget selv og gjøre dem til gjenstand for en utforskning som gjør det mulig å eie dem. Dette er vanskelig nok i individualterapi. I grupper kan skammen bli overveldende for vedkommende på grunn av tilstedeværelsen av "vanlige" mennesker/gruppemedlemmer og ikke bare profesjonelle eksperter (som er lettere å tåle).

"The art of therapy" er å være klar over denne dynamikken, og spesielt den forklede sårbarheten, merke seg alle små "brudd" i det terapeutiske forholdet (Kohut 1977), akseptere deres narsissistiske raseri, "containere" det, stoppe det dersom de angriper andre gruppemedlemmer, være klar over deres selvobjektbehov og hvordan disse kan komme til uttrykk i overføringen (Karterud 1995), respektfullt utfordre deres tendens til pseudomentalisering og rette oppmerksomheten på tilknytningsproblemene slik at disse kan utforskes og endres (Karterud 1999, 2012, 2015).

Mot slutten er det på sin plass å kommentere narsissisme som kollektiv diskurs, som del av gruppekulturer. Dette temaet knytter en forbindelse tilbake til Wilfred Bions arbeider (1961). Bion beskrev visse helhetlige gruppefe-

nomener som han benevnte felles antakelser (“basic assumptions”) i grupper. Felles for de tre gruppeantakelsene var kollektive emosjonelle opplevelser og tilhørende tenkning som undergravde gruppens rasjonelle bestrebelsler (“work group”). Pardannelsesgruppen (“the pairing group”) var én slik grunnantakelse, ifølge Bion. I avhengighetsgruppen, som er en annen antakelse, opplever gruppe medlemmene seg som svake, sårbare og avhengige. I kampflukt-gruppen er gruppeatmosfæren preget av frykt og sinne. Flukt eller angrep er en slik gruppes melodi. I pardannelsesgruppen er atmosfæren mer lys, munter og optimistisk. I en tidligere artikkel (Karterud 1989) har jeg utfordret Bions teori for denne pardannelsesgruppen og utlagt en annen fortolkning som vektlegger narsissistiske elementer, fra et selvpsykologisk perspektiv. Pardannelsesgruppen handler om selvfølelse:

Vignett 7: Gruppemøtet hadde vart en stund. Så kommer det en sekvens med litt generelt snakk om “stress”. Veronika utdyper dette med å si at hun er stresset på grunn av lite penger. Det er fryktelig og hun føler seg langt nede. Hun legger til at hennes selvfølelse er knyttet til penger. Hun føler seg miserabel når hun har ingen eller lite penger, men kan være helt på topp når pengene er der. Det påvirker hennes livsstil. Hun blir fort “pissed off” når hun må vri og vende på hvert øre og nøye planlegge sine innkjøp. Med penger i hendene kan hun derimot bli shopping-euforisk. Og med det mister hun kontrollen. Det er fantastisk når det står på, men et helvete når det er over.

Temaet fenger i gruppen. Andre medlemmer kaster seg på og forteller hvor kjipt det er å være fattig og bekrefter den nærmest intoksikerende følelsen det er å ha penger mellom hendene. Ironi og latter fyller gruppen. Terapeuten: “Hva er forbindelsen mellom selvfølelse og penger?” Spørsmålet åpner for “more of the same”. Små episoder blir fortalt som illustrerer temaet, igjen fulgt opp av latter og vitser og muligens en understrømning av skam som ikke blir utforsket. “Saken med penger er at alt blir mulig”. Et medlem fremholder at “gleden er nå kortvarig, da”. En annen sammenligner med bulimi: “der er det stålkontroll og plutselig eksploderer det i en orgie ... kjøpe, spise og glemme alt”. En tredje forklarer hvordan han “er blakk halve måneden og må låne av andre og snike på trikken. Når jeg får penger blir jeg som en djevel. Helvete, jeg fortjener da også fest og moro. Så blir jeg blakk igjen og må krype for andre”.

Denne gruppesamtalen er ikke frakoblet virkeligheten ved sitt innhold. En hard virkelighet utgjør selve bakteppet. Sekvensen er heller ikke følelsesmessig flat. Det er latter og opprømtet. Problemet ligger i diskursen. Den er uforpliktende. Den ene episoden følger den andre, avbrutt av noen snusfornuftige kommentarer om kortvarige gleder. Men gruppen utforsker ikke disse hendelsene. Gruppemedlemmene dukker aldri under overflaten. Generelle meninger og klisjéer blir akseptert og små synder blir vedstått. Sekvensen viser en gruppemodus der hovedsaken er å fremme håp, men på en måte som er fjern fra den *mentale virkelighet*. I dette tilfelle er det penger som vekker *håp om glede og vedvarende lykke*. I andre grupper kan det være en messiansk frelser eller en rockestjerne. I Kohuts forstand handler det om et idealisert (kollektivt) selvobjekt (Kohut 1977). Selvet blir vitalisert når det er i sammenheng med selvobjektet. Folk forteller sine historier om å være ved paradisetts porter, å få en glimt av herligheten, for så på brutalt vis å bli kastet tilbake til en nedverdiggende virkelighet. En slik gruppemodus handler ikke om å *arbeide* med mentale tilstander, men om å *være* i visse mentale tilstander. Vi finner den samme gruppemodusen i underholdningsbransjen. Du skal ikke reflektere over den, men slippe deg løs, gi deg over til lek, moro og seksuelle gleder. Narssistiske og histrioniske personer trekkes da også til underholdningsbransjen. De trives i rampelyset og de evner å skape denne spesielle atmosfæren der (seksualisert) tull og tøys overtar scenen fremfor en traurig virkelighet.

Pairing-gruppen er den kollektive narssissismens lyse side. Mørkere sider kan vi finne i avarter av kamp-flukt-grupper der det utvikles grandiose fortellinger om gruppens storhet og overlegenhet. Denne storheten og overlegenheten, det "rensede" kollektive grandiose selvet, finner sitt motstykke i fiendebilder som fratas enhver menneskelig verdi. Det er ikke lenger igjen et skinn av empati. Utgruppen fortjener ikke livets rett. Det handlet i sin tid om jødene og Holocaust. Syndebukkene skifter. I vår tid er det narkomane på Filippinene og meksikanere som velter inn over grensen til USA. Bjellene burde ringe for noen og enhver når den narssistiske og psykopatiske amerikanske presidenten Donald Trump skal gjøre "America great again". De fleste utenom USA ville nok heller ha foretrukket et USA som var mer ydmykt.

Avslutningsvis: Det ligger i sakens natur at narssissismen forsøker å få kontroll over gruppen gjennom sosial dominans og at "vanlig medlemskap" oppleves som en trussel. På den annen side representerer narssissismen også verdifulle egenskaper som ambisjoner, nytenkning og overskridelse. En passe dose narssissisme vil kunne føre energi til en gruppe som ellers risikerer å gå på tomgang i en underkastende modus. Det krever lang terapeutisk erfaring,

dyktighet og teoretisk kunnskap å kunne håndtere denne dynamikken på en god måte (Karterud 1995, 1999, 2012, 2015). I denne artikkelen har jeg lagt spesiell vekt på betydningen av temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne. Dersom terapeuten har en god forståelse av sammenhengen mellom disse komponentene i personligheten (Karterud 2017), på hvilken måte narcissismen preger komponentene og hvordan dette spiller seg ut rent gruppedynamisk, har han/hun bedre forutsetninger for å lykkes.

Abstract

In this article I describe the essence of narcissism as anchored in the three major components of personality: temperament, attachment and mentalizing (self-consciousness). Broadly speaking will narcissism imply 1) temperamental phenomena such as high social dominance, low care/love/empathy and an inclination for narcissistic rage, 2) a predominantly dismissive attachment pattern, and 3) a tendency towards pseudomentalizing. Additional aspects, building on their insecure attachment, are a tendency of devaluating other ("common") people and dealing with own vulnerability by projective identification. I describe the consequences of this mental constellation for the dynamics of therapeutic groups. Group therapists are facing great challenges. Transforming narcissism by group therapy is not for amateurs. One needs profound knowledge of the typical personality structure as outlined in the beginning of this article, as well as therapeutic skills that can handle the narcissistic individual as well as the group as a whole (Karterud 2015).

Litteratur:

- Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.
- Crittenden, P. M. (2000). A Dynamic-Maturational Approach to Continuity and Change in Pattern of Attachment. I P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Red.), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context* (343–357). New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014) The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3): 372-80.
- Freud, S. (1914). On narcissism. www.sigmundfreud.net: Free eBook.
- Inderhaug, T. & Karterud, S. (2015) A qualitative study of a mentalization-based group for borderline patients. *Group Analysis*, 48: 137-149.
- Karterud, S. (1989). Bion or Kohut: Two paradigms of group dynamics. I Roth, B. E., Stone, W. N., Kibel, H. D. (Red.): *The difficult patient in group: Group psychotherapy with borderline and narcissistic disorders*. New York: International Universities Press.
- Karterud, S. (1995). *Fra narcissisme til selvpsykologi*. Oslo: Gyldendal ad notam.
- Karterud, S. (1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax forlag.
- Karterud, S. (2010). On narcissism, evolution and group dynamics: A tribute to Malcolm

- Pines. *Group Analysis*, 43(3): 301-310.
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. (2015, a). On structure and leadership in mentalization-based group therapy and group analysis. *Group Analysis*, 48(2): 126-136.
- Karterud, S. (2015, b). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G)*. A theoretical, clinical and group manual. London: Oxford University Press.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. & Stone, W. (2003). The group self: A neglected aspect of group psychotherapy. *Group Analysis*, 36(1): 7-22.
- Karterud, S., Pedersen, G., Johansen, M., Wilberg, T., Davis, K., Panksepp, J. (2016) Primary emotional traits in patients with personality disorders. *Personality and Mental Health*, 1-13. DOI 10.1002/pmh.1345.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017) *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., Vermote, R. (2012) Assessment of mentalization. I Bateman, A., & Fonagy, P. (Red.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012) *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: W.W. Norton & Company.
- Pedersen, G., Johansen, M., Wilberg, T & Karterud, S. (2014) Testing different versions of the Affective Neuroscience Personality Scales in a clinical sample. *PlosOne* 9(10): e109394. doi: 10.1371/journal.pone.0109394
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York: Oxford University Press.
- van der Westhuizen, D. & Solms, M. (2014). Social dominance and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Consciousness and Cognition*, 33: 90-11.