



Rune Fardal, psykologi student

Personlighetsforstyrrelser med hovedvekt på narsissistisk problematikk i relasjon til barn
<http://www.sakkyndig.com> mail: rune@fardal.no

Depresjon hos mødre og relasjonen til barn

10 september, 2010, Oppdatert 10.9.2010

Med linker: <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artikler/depresjon.htm>
Utskrift: <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artikler/depresjon.pdf>

Hvilke konsekvenser får det for et barn å vokse opp med en deprimeret mor? Problemstillingen er aktuell, fordi skadepotensialet på barnet er så stor. Samtidig er det en komplisert problematikk fordi det finnes ulike former for depressive lidelser og de utspiller seg i ulike settinger.

Depresjon kan opptre i relasjon til selve fødselen i form av det man kaller fødselsdepresjon, en depresjon knyttet til den konkrete kontekst rundt selve fødselen. En slik depresjon rammer mange kvinner, men er oftest kortvarig og forbigående. Årsak er ofte knyttet til hormonelle forandringer rundt selve graviditeten og fødsel.

Andre former for depresjon kan ha sin opprinnelse lenge før graviditet i form av personens utviklingshistorie og emosjonelle utrustning. Den mer melankolske depresjon beskrives som uttrykk for konkrete hendelser av traumatisk art, og som ofte har utgangspunkt i konkrete hendelser og som er tidsbegrenset fra 5-6 måneder til et par år, avhengig av egne og ytre støttende faktorer.

En annen type depresjon som er den som har sitt utgangspunkt i tidlige traumer og belastninger, der Selvet er skadet på en slik måte at de depressive uttrykk ikke så mye er knyttet til senere konkrete påkjenninger, men der årsak ligger i en mer fundamental svekkelse av oppfatningen av eget Selv, oppfatningen av hvordan man

opplever seg selv i relasjon til omgivelsene. Jeg vil kalle dette for en mer *narsissistisk depresjon*.

Selv om all depresjon kan sies true Selvet og således være en narsissistisk problematikk, er det allikevel grunnleggende forskjell på en mer melankolsk depresjon og en mer narsissistisk depresjon. Dette både ut i fra depresjonens årsak men også dens fremtoning.

Denne typen depresjon er mer kroniske i sin karakter, den preger individets adferd på en helt annen måte enn den mer melankolske depresjon. Der den melankolske depresjon fremviser en tydelig negativ, nedstemt holdning til egen fungering og selvbylde, der fremstår den narsissistiske depresjon med en overdrevet grandios holdning til egen fungering og selvbylde. For omgivelsene fremstår den melankolske depresjon slik man forventer deprimerte skal opptre, mens den narsissistiske depresjon fremstår stikk motsatt av hva man kan forvente av en deprimert.

Begge typer depresjon er være skadelig for barn å vokse opp med. Azak skriver i Moe & al (2010:347) at:

Det er godt dokumentert i forskningslitteraturen at barn av deprimerte mødre er i risiko for skjevutvikling og en rekke psykiske lidelser. Sammenlignet med barn av ikke-deprimerte mødre har barn av deprimerte mødre 6 ganger større risiko for å utvikle depresjon (Downey og Coyne, 1990). Risikoen er ikke begrenset til affektive lidelser, de har større sjanse for å utvikle oppmerksomhets- og hyperkinetiske forstyrrelser, atferdsforstyrrelser (Hammen, Burge, Burney og Adrian, 1990), angst (Fendrich, Warner og Weissman, 1990) og rusmisbruk (Weissman mfl., 1997). Heldigvis er det likevel mange barn av deprimerte mødre som utvikler seg helt normalt!

Om barnet utvikler en forstyrrelse som følge av en slik deprimert mor er avhengig av flere faktorer. Barnets temperament, fars deltagelse og omgivelsenes involvering rundt barnet. Både indre og ytre faktorer ved barnet er av betydning for hvordan barnet påvirkes av mors depresjon. Type depresjon har også stor betydning.

Ved en melankolsk depresjon vil omgivelsene se at mor trenger hjelp, og mor vil i slike situasjoner lettere akseptere hjelp, fordi man erkjenner at man har et problem. Ved en narsissistisk depresjon er det ingen *ytre* erkjennelse av behov for hjelp, fordi det vil kunne oppfattes å true nettopp den grandiose selvoppfatning som følger av denne typen depresjon.

Barnets behov er en omsorgsperson som er sensitiv *nok*, til å tilfredsstill barnets behov. Winnicott innførte uttrykket "good enough mothering" eller *god nok omsorg*. I det ligger en erkjennelse av at barnet ikke trenger en perfekt omsorg (hva nå det måtte bety) men at det trenger tilfredstilt visse minimumskrav for å utvikles på en god nok måte. det er her problemet oppstår når mor er deprimert. Ved en typiske melankolske depresjon vil ikke mor ha overskudd nok til å tilfredsstill disse behov i barnet og barnet kan da risikere å utvikle sykelige strukturer i sin utvikling. Her snakker vi mer om psykisk utvikling en fysisk utvikling, selv om disse egentlig er

uløselig knuttet sammen gjennom hjernens fysiske utvikling for at den psykiske utvikling skal finne sted.

Omgivelsene i form av far og nær familie vil lettere kunne kompensere for mors melankolske depresjon enn om depresjonen er av mer narsissistisk karakter. Dette ligger i grunnlaget for den erkjennelse av egen situasjon de to typer depresjon bygger på. Varighet av depressiv påvirkning på barnet er også av betydning. Et barn er ikke født "blankt" slik man antok tidligere. Et barn er født med en rekke utrustninger for å takle "humper i vegen" i sin utvikling. En kortvarig stresset situasjon eller enkelthendelser av opplevd stress er ikke så skadelig om den jevne omsorg er kvalitativt god nok. Barn tåler litt innen for rammen av *god nok* omsorg.

Problemet oppstår når det stress barnet oplever går over så lang tid at det blir dominerende. da vil barnet utvikle strategier for å håndtere dette stress, og det er i slike settinger at varige skader, fysisk som psykisk kan oppstå. I barnets 2-3 første år kvyttes alle strukturer i hjernen opp. Strukturer som senere behandler innkommende inntrykk, enten de kommer fra omgivelsen eller fra egne tanker og følelser. Det er når disse strukturene ikke er *gode nok* at problemer oppstår for barnets relasjon til omgivelsene. Problematikken rundt denne utviklingen har jeg beskrevet mer i detalj her:

<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artikler/STRESS-TRAUMER.pdf>

Flere risikofaktorer oppstår når mor er deprimert. Arv er en overføringsmekanisme. Det å ha en depressiv mor kan gi barnet en predisposisjon for depresjon. En annen er at barnet kan være født med en dysfunksjonell nevroreguleringsmekanisme som forstyrrer reguleringen av emosjoner og øker barnas sårbarhet for depresjon. Depressive mødre kan være følelsesmessig fraværende eller lite reflekterende i sitt samspill med barnet. Og sist men ikke minst, stressituasjoner i familier med depressive mødre kan bidra til en negativ utvikling av emosjoner og adferd hos barnet.

Hvordan disse risikofaktorer påvirker barnet er komplisert, fordi de ofte virker sammen med en eller flere modererende faktorer. Fedres involvering i omsorgen og mors depresjon har betydning. Tidspunktet for når mors depresjon inntreffer er også av betydning. Også barnets temperament eller egenskaper er av betydning. Jenter er for eksempel mer sårbare for emosjonelle påvirkninger enn det gutter er. Mors evne til mestring både selv og i relasjon til omgivelsene er av betydning. Azar skriver således at :

mild stabil eller avtagende depresjon. Barn av mødre med kronisk depresjon og høyt stressnivå hadde økt grad av eksternaliseringsproblemer og lavere sosial kompetanse, mens barna av mødre med mild stabil eller avtagende depresjon og høyt stressnivå hadde økt forekomst av hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker.

Typisk for melankolsk depresjon er et forflatet stemningsleie, redusert mimikk og hengivenhet, forsinkede responser, mindre positive affekter og mer negativitet i samspillet med barnet. Dette reagerer barnet på, med økt stress! Samspillet med barnet mangler den følelsesmessige tilstedeværelse som preger friske mødre. Det blir litt som å høre på en radio som ikke er helt innstilt på kanalen, det skurrer litt og krever mer konsentrasjon for å få med seg innholdet, det medfører økt stress.

Kvaliteten på tilknytningen tar skade når den negative påvirkningen vedvarer og noen studier viser da også at redusert sensitivitet hos mor er assosiert med utrygg tilknytning hos barnet. Azar beskriver to typer samspillmønstre mellom deprimerte mødre og barn. Den ene er *fiendtlig/selvcentrert* og kjennetegnes av at mor er mer invaderende, negativ og rollereverserende. Den andre er *hjelpeløs/engstelig* der mor viser lite positive og strukturerende responser. Da forskning (Lamb, 2004) tyder på at barnet utvikler tilknytning til begge foreldre på omtrent samme tidspunkt, kan fars deltagelse reversere noe av den negative påvirkning en deprimert mor fremviser. *Tiden* far bruker på barnet er derfor av stor betydning i slike situasjoner.

Det er her de alvorlige aspekter ved narsissistisk depresjon kommer til syne. Mødre med en mer melankolsk form for depresjon evner i større grad ta imot hjelp enn mødre med en mer narsissistisk depresjon. Årsaken synes ligger i den grunnleggende forskjellen mellom disse typer depresjoner. Den melankolske depresjon må sies være av en lettere grad enn den mer narsissistiske depresjon. Ved moderat og lettere depresjon har personen mer energi enn ved en dypere depresjon. De er lettere irritable og mindre fleksible og oppmerksomhetsfokusert er oftere på egen behov enn på barnet. Kvello (2011:509-10) skriver :

Selv om diagnoser slett ikke angir presist hvordan omsorgsutøvelsen blir, er det visse psykiske lidelser som i flere studier er identifisert til å utgjøre en ekstra høy risiko for at de utøver en suboptimal omsorg. Det omfatter: gjentatte dype eller forholdsvis vedvarende (kroniske) depresjoner, psykoser og personlighetsforstyrrelser i cluster B; det vil si følelsesmessig ustabil (borderline), dyssosial (antisosial), histrionisk og delvis narsissistisk (se Kvello, 2007 for en oversikt). I de senere år har forskning belyst godt de store

skader barn kan få av å vokse opp med en forelder som har en følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse (Abela mfl., 2005; Crandell mfl., 2003; Weiss mfl., 1996). Symptombildet knyttet til denne lidelsen gjør ofte disse sakene så komplekse at det er vanskelig for barnevernets ansatte å vurdere dem godt nok.

Depresjon hos omsorgspersoner leder generelt til en økt fare for både omsorgssvikt, mishandling av og vold mot barn. I de siste årene har man i forskning fokusert på irritabiliteten og sinnet som ofte ligger til depresjoner for å forklare hvorfor og hvordan depressive mødre tenderer til å holde en hard disiplinering av og utøve vold mot barna sine (Shay og Knutson, 2008), har en høy grad av psykisk kontroll, har mindre varme i samspillet med barna sine (Cummings mfl., 2005) og kritiserer det mer (Rogosch mfl., 2004) enn andre mødre gjør i samspill med barna sine.

Narsissistisk dynamikk finner en nettopp i cluster B, rundt de emosjonelle forstyrrelser, som borderline og narsissisme. Den mer "vanlige" melankolske depresjon er mye lettere for omgivelsene å avsløre, enn den mer skjulte narsissistiske depresjon. Det er lettere å se den nedtemte, selvanklagende mor, enn den mer "hyperperfekte" og ufeilbarlige mor en narsissistisk depresjon avspeiler. Assosiasjoner de fleste gjør med depresjon handler i større grad om selvanklagende, nedtemte og negative selvopplevelser enn den motsatte ytterkant, der mor utad signaliserer at det slett ikke er noe galt i det hele tatt!

Narsissistisk depresjon

Alice Miller er en kjent sveitsisk psykoanalytiker som har skrevet flere bøker om narsissistisk problematikk. I [en artikkel](#) fra 1979 beskriver hun flere likhetstrekk mellom visse typer depresjon og narsissistisk personlighetsforstyrrelse. "*What is described as depression, and experienced as emptiness, futility, fear of impoverishment, and loneliness, is frequently recognizable as the tragedy of loss of Self or alienation of Self, which is seen regularly in our generation and society.*"

Cathexis defineres som: *fokusering av emosjonell energi på et objekt eller en ide*. Sagt på en annen måte, man investerer ikke i seg selv, men i et ytre objekt eller ide. I følge Kohut (1971) er et objekt "*narcissistically cathected*" når vi ikke opplever det som et senter for sin egen aktivitet, men som en del av oss selv! I mangel av eget Selv, eller troen på eget Selv, investerer narsissistiske mennesker i et ytre objekt (covert narsissisme) og speiler seg så i dette objekt! Personen er i Hohuts terminologi *narcissicaly cathected*. Objektet kan være et barn med fine klær, alltid punktlig til skolen, alltid fremstår som gjort hjemmelekser (som narsissisten har gjort) osv. Skryt barnet får tolkes av narsissisten som skryt av narsissisten... "*Og jeg er barnets mor/far!*" Den narsissistiske forelder soler seg i glansen barnet mottar, men oppfatter både barnet og omgivelsenes skryt av det, som en anerkjennelse av **seg selv**. Slike barn blir "usynlige barn", defensive, angstfylte og utsatt for betinget kjærlighet. "*Ninni*" i fortellingene om Mumidalen, er et uttrykk for dette, beskrevet så godt i boken [Det usynlige barnet](#), av Tove Jansson (1950).

Det som gjør dette så komplisert å avsløre, er at skillet mellom normales stolthet på vegne av barnet og narsissistens behov for barnet, er vanskelig å se. Skillet kommer imidlertid tilsyne når barnet står i fare for å bli skilt fra en slik narsissistisk mor. Det narsissistiske raseri som avspeiler seg avslører narsissistens avhengighet av sitt objekt. Ikke for objektets del, men for sin egen del. Mens normale vil barnets beste, vil narsissister sitt eget egos beste! Ikke alltid like lett å skille på for omgivelsene.

Slike mødres ofte overdrene "kjærlighet" kan ved en enkle observasjon fremstå som "kjærlig", men er en betinget kunstig overdrevet kjærlighet. Et skuespill for omgivelsene, som i filmen Herkules (Disney): "*I haven't seen this much love in a room since Narcissus discovered himself*"! Dette merker barnet. Det er ingen plass til *barnets følelser*, alt som betyr noe er morens følelser! Her er det visse typer depresjoner kommer inn. Det som kan se ut som depresjon og ofte diagnostiseres som det, er en narsissistisk forstyrrelse. En forstyrrelse av Selvet. Hvordan skal en covert narsissist forklare at de ikke strekker til? Jo, få seg en diagnose av "moderat depresjon". Da "forstår" omgivelsene hvorfor de ikke kan arbeide, hvorfor de ikke kan studere! ad er årsak flyttet ut av deres eget Selv. Offer rollen knyttes til de tidlige traumer.

En del fagfolk misforstår denne tomme, sky og defensive personlighet som en depressiv personlighet. Ofte er det noe mer enn "depresjon". **Det kompliserte er at noen depresjoner handler om for små psykiske resurser i forhold til påkjenninger, mens i andre tilfeller, med de samme symptomer, handler det om forsvar mot et ødelagt Selv!**

Forskjellen på vanlig depresjon og "narsissistisk depresjon"

Mens vanlig deprimerte (melankolske) fremviser et negativt selvilde (jeg duger ikke), fremviser narsissisten sin falske grandiositet (jeg duger meget godt). Jeg skriver falske, fordi den sanne grandiose trenger ikke skryte av sin grandiositet, den følger naturlig. Ikke ulikt slik *respekt* er noe man får i kraft av sin adferd og ikke noe man krever i kraft a sine behov.

Mens den virkelig deprimerte anklager seg selv (jeg mestrer ikke), anklager narsissisten alle andre (projeksjon-, dere mestrer ikke). Mens den deprimerte vender aggresjonen mot seg selv (jeg vil dø), vender narsissisten aggresjonen (det narsissistiske raseri) mot de som krenker Selvet eller det investerte objekt/ide (hevn, hat, misunnelse). Mens deprimerte har sterkt redusert evne til positiv bias, har narsissisten overdrevet positivitets bias. Ved trusler mot selvildet fremstår den deprimerte melankolsk, mens narsissisten fremstår mer perfekt enn dyden!

Den vanlig deprimerte mottar hjelp, den narsissistiske "*feiler det ingenting*"! De fleste depresjoner er periodiske, måneder eller et par år,(unntatt dystymi) narsissistisk "depresjon" er mer en varig **personlighet**, som følger av traumer i tidlig barndom og fortsetter livet ut. Depresjoner kan komme og gå, men man forblir en narsissist! Symptomene kan observeres som like, men årsak er ulik. Dermed er det ikke det samme, selv om symptomene fremstår som like.

Depresjonen man ser hos vanlige er derfor fundamentalt forskjellig fra det man ser hos narsissistisk pregede mennesker. Konkrete saker har vist at leger, psykologer og barnevern ikke har kunnskap til å skille disse. Derfor kan barn i barnefordelingsaker risikere å bli sendt til den [minst egnede](#) av foreldrene!

[Millon 1996,s.398 \(Disorders of personality, DSM-IV and Beyond\)](#) beskriver dette slik:

”.. de kan tilsynelatende virke deprimerte ved en overflatisk undersøkelse, men faktum er at de er ulmende med påtvunget sinne og hevnjerrig bitterhet.” og ”..den episodiske depresjon som Kohut finner så karateristisk for narsissistisk skadde personer blir ikke sett på som en virkelig depresjon av Kernberg i det hel tatt. Isteden legger Kernberg til grunn at når ”narsissister” føler seg alvorlig skuffede eller forlatte, kan de virke deprimerte ved en overflatisk eksaminasjon, mens de i realiteten koker av innestengt sinne og hatefull bitterhet/fiendtlighet .”

På baggrunn av det ulike innholdet i de ulike typer depresjon er det derfor grunn til å anta at konsekvensene for et barn blir ulik for de ulike typer depresjon. Det vil for eksempel være mye lettere for en melankolsk deprimert å aksetere hjelp fra omgivelsen, fra far eller familie, fordi depresjonen ikke er fokusert så mye i et sviktende Selv, men i problemer med å håndterer ulike påkjenninger. ;ed andre ord, man er seg mer bevisst på at man trenger hjelp.

Kontrasten til den narsissistiske depresjon, som i langt større grad handler om opplevelsen av et sviktende Selv, mer enn midlertidige påkjenninger, blir fundamental.

Hva er så dette SELVET?

Selvet kan defineres som : ***”Organismens mentale oppfatning av seg selv”***.

Jeg skriver *organisme* fordi en slik *mental oppfatning* også kan forekomme i andre organismer enn mennesket. En kan anta at dyr har en oppfatning om seg selv, en kan anta at en kultur, organisasjon, land, gruppe, religion eller ideologi har sin oppfatning av seg selv. En må vel spørre seg om ikke alle levende organismer har en eller annen oppfatning av seg ”selv”. I ordet *mental* ligger dermed ikke bare en kognitiv oppfatning, men også en driftsmessig opplevelse, en behovsstyrt prosess eller en erfart dynamikk av organismen. Dette åpner for flere ulike typer av *Selv*.

I relasjon til depresjon handler *Selvet*, om individets oppfatning av seg selv. Dette åpner for et hiarki av *Selv*. Man kan tenke seg *Selv* i ulike situasjoner, man kan tenke

seg et *kjerneselv* og/eller et *falskt selv*. Ulike selv kan opptre samtidig, og ulike selv kan påvirke hverandre. Uansett hvordan man ser på dette, er det viktig å forstå at slike definisjoner ikke beskriver fysiske størrelser, men kognitive konstruksjoner som bare finnes i vår bevissthet. Hukommelsen om disse kognitive konstruksjoner, finnes derimot som fysiske spor i våre nerveceller.

Selvet må som organismen ha en opprinnelse. Når det gjelder mennesket kan man spørre om vi er født med et Selv? Jeg vil hevde at det er vi neppe. Opplevelsen av et Selv fordrer at vi ser på oss selv som et selvstendig individ. Svært mye litteratur legger til grunn at barnet fra de første timer opplever seg selv som en del av sin mor. det synes ikke klare skille mellom *jeg* og den omnipotente mor. Det er først når det er i stand til å oppfatte den frustrasjon det er og ikke få sine behov tilfredstilt når de kreves tilfredsstilt at barnet kan begynne danne seg assosiasjoner om at mor og *jeg* ikke er det samme. Da har dannelsen av Selvet begynt. Selvutviklingen begynner derfor tidlig i barndommen (Stern, 2003, beskrevet i Brandt, 2010:113). Først etter 3 års alder begynner barnet forstå at det kan være forskjell mellom hva det selv tenker, er forskjellig fra det andre tenker.

På mange måter er evnen til *mentalisering* (et samlebegrep om implisitt og eksplisitt å fortolke andres og egne handlinger som meningsfulle ytringer om indre liv, behov, følelser og fornuft). Det handler om å se seg selv og andre utenfra. En evne som krever klare grenser mellom eget og andres Selv. Mentaliseringsevnen gir mulighet til å skille mellom den indre og ytre virkelighet. Når denne evnen er svekket eller skadet oppstår problemer med å skille nettopp mellom den indre og den ytre virkelighet så typisk for depressiv og narsissistisk problematikk! Mentalisering er derfor nært knyttet til utvikling av Selvet. Det er i samhandling med omsorgspersoner at barnet finner sitt eget Selv, sitt *sinn*!

Selv om viktige strukturer i Selvets konstruksjon legges i tidlig barnealder, fortsetter utviklingen av Selvet livet ut. Hvordan vi oppfatter oss selv, henger sammen med hva vi opplever. Således påvirker vi selv hvordan vårt Selv utvikles. Selvet går antagelig gjennom ulike utviklingsfaser, fra det mer omnipotente Selv i tidlig barndom, til et mer grandios Selv i barndommen, før det bryter sammen i møte med ungdommens skiftende utprøvinger, for deretter igjen bygges opp til en mer varig voksen struktur.

I tiden frem til puberteten er Selvet i hovedsak beskyttet av objektene som utgjør objektrelasjonene (våre omsorgspersoner). Barn trenger ikke ta egne avgjørelser, de blir tatt for dem. Mange bekymringer bæres av de ytre objekter (foreldre). Dersom disse objekter ikke evner gi barnet den trygghet og den tilknytning det har behov for i utviklingen av et eget sunt kjerneselv, da går barnet inn i pubertetens brytningstid med et svekket utgangspunkt. Puberteten er nådeløs mot den som ikke kan stå opp for seg selv. Det er en brytningstid der vi "finner oss selv". De som går inn i en slik omveltning med et usunt kjerneselv, vil ha vansker med å komme ut av en slik brytningstid med et sunt kjerneselv. Antagelig vil objektrelasjonenes stress (venner) forsterke og befeste den usunne struktur. Slike ungdommer vil gå inn i voksenalderen med et forsterket *falskt selv*, mens det sunne kjerneselv blir

fortrengt. Å møte virkelighetens krav blir en for stor påkjenning for ungdommens virkelige kjerneselv.

Hvordan tar barnet skade av en depressiv mor?

Skaden oppstår i relasjonen til mor. [Shay & al. \(2008\)](#) viste at vel er depresjonen i seg selv skadelig, men den fysiske volden som også Kvello beskriver over, for omsorgspersoner med psykiske lidelser, den har sitt utspring i den *irritabilitet* den deprimerte mor fremviser. Det underbygger at det er samspillet mellom barnet samt dets behov og mors adferd som barnet tar skade av. Deprimerte mødres reduserte sensitivitet, forståelse og empati med barnet kan utgjøre en alvorlig trussel mot barnets utvikling og tilknytning.

Problemet synes oppstå ved at mors depressive/narsissistiske adferd hindrer/reducerer evne til mentalisering. Slike mødre klarer rett og slett ikke skille mellom egen og barnets behov. Egne uløste emosjonelle behov kommer i vegen for å tolke og forstå barnets behov. Dermed blir barnets behov blandet sammen med mors behov, eller i verste fall fullstendig oversett, hvilket barnet selvfølgelig ikke har noen forutsetning for å verken forstå eller forholde seg til. Barnet blir mors narsissistiske sypply, det skjer en rolleombytting, der barnet blir mors trøster, mens det skulle vært mor som trøstet barnet. Dette er grov omsorgsvikt som ingen anmeldt observasjon kan fange opp.

Problemet er ikke vanskelig å forstå, for hvordan skal slike barn få tilgang til sitt eget subjektive Selv med en mor som ikke har tilgang til sitt eget? Alvoret ligger i at det barnet oppfatter som sitt eget Selv, egentlig helt eller delvis er morens Selv! Det fører nødvendigvis til et avhengighetsforhold til mor som er svært usunt og som kan bli vanskelig å avsløre før barnet begynner sin løsrivning fra mor eller som man ofte ser i barnefordelingsaker der trusselen om at barnet flyttes til far oppstår. En slik trussel utløser nødvendigvis det narsissistiske raseri, opplevelsen av at deler av mors Selv (barnet) trues med å flyttes til far!

Årsaken til at dette raskeri utløses kan være at eget tilknytningssystem aktiveres. Frykten for igjen å oppleve brudd i sin tilknytning. Sist var det bruddet med partner i skilsmissen, før det var det bruddet i egen barndom. Mennesker som har opplevd omsorgsvikt i sin egen barndom har da også redusert mentaliseringsevne. Når man så legger til grunn at mennesker med en ustabil personlighetsfungering (borderline, narsissisme og lignende.) har et hypersensitivt tilknytningssystem som aktiveres for raskt, forstår man den klebrige adferd de fremviser ovenfor egne barn, og særlig under trusselen om at barnet flyttes til for eksempel far! Slike fremstår ofte som overinvolvert i barnet eller partner. Et brudd i disse relasjoner utløser derfor den typiske adferd man ser i slike saker.

Falske antagelser og samspill preget av misforståelser skaper lett forvirring og usikkerhet, noe som kan føre til tilbaketrekning, fiendtlighet, avvising,

overbeskyttelse og maktmisbruk, slik det ofte opptrer hos pasienter med personlighetsforstyrrelser. (Brandt, 2010:119)

En persons evne til mentalisering er avhengige av hvor godt vedkommende er i stand til å regulere sine følelser. (Brandt & al., 2010:116). Er det noe som er problematisk for deprimerte eller narsissister, så er det nettopp evne til å regulere følelser!

Den deprimertes opplevelse av kontroll i situasjonen, frustrasjonstoleranse og handlingsrepertoar former kvaliteten på omsorgen. Det er mors personlighet og dermed Selv, som preger barnets utvikling. Kvello (2010:509) beskriver disse slik:

Det er foreldres personlighet som sterkest preger barnets utvikling. Blant de viktigste personlighetstrekk i foreldres omsorgsutøvelse er deres ansvarlighet, graden av og kvaliteten på deres mentalisering, sensitivitet, kontaktbehov og kontaktevne, tillit til andre, krenkbarhet, frustrasjonsterskel, reaksjonsstyrke, impuls kontroll, stabilitet i følelseslivet, avhengighet, identitet, selvbilde, selvfokus, osv. Alle disse egenskapene er sentrale i omsorgsutøvelse, og mange av dem rammes ved moderate og alvorlige psykiske lidelser. Dette kan forhindre dem som foreldre fra å utøve god nok omsorg for barna sine.

[Kohut \(1973:391-92\)](#) beskriver fra pasienten Mr. P sin analyse "*His mother had always reacted with severe, morally buttressed punishments when he attempted to extricate himself from her narcissistic universe*". Trusselen om å forlate den narsissistiske morens objektrelasjon ble møtt med fysisk avstraffelse. Så typisk for narsissistisk raseri handler det om krenkelse. Den straffes på samme måte som hans mor var straffet i sin barndom og som Mr. P videre førte gjennom sitt eget narsissistiske raseri mot sin sønn. Det er viktig å se på dette narsissistiske raseri som et uttrykk for de samme problemer som ligger til grunn for narsissistisk depresjon.

Det er også her at forskjellen på melankolsk og narsissistisk depresjon slår ut. For en mor med en mer normal melankolsk depresjon vil barnet ha mulighet for å motta hjelp fra andre i langt større grad enn hva som er tilfelle for den narsissistiske depresjon. I sistnevnte er ikke problemet bare "depresjonen" men også det falske selvbilde slike deprimerte opprettholder. Tilbud om hjelp vil hos slike fokuseres på trussel mot eget selvbilde mer enn barnets behov, og dermed er problematikken i gang! uansett hvor dårlig omsorg en slik mor gir, vil hun i egne øyne tro den er meget bra. ikke fordi den er det, men fordi antagelse om noe annet truer det grandiose selvbildet.

Spør man en slik mor om vedkommende mester, så er det ikke måte på hvordan de mester. Se man på hva de faktisk mestrer, blir det så alt for tydelig at de ikke mestrer. Deres falske selv står i vegen for barnets behov. Depresjonen slike opplever avspeiler kjerneselvets mangler, mens adferden de fremstiller avspeilet det falske selv. Dette er radikalt forskjellig fra den mer melankolske depresjon. Den melankolske har ikke et grandios falskt selv de skal forsvare, de har kontakt

med sine nevrotiske sider, narsissiter har mistet mye av, eller retter fortrent det meste av, sine kontakt med egne nevrotiske sider. I alle fall i sin bevissthet, for det faktum at de har den adferd de har, viser at det på et ubevist plan finnes kontakt med de nevrotiske sider. Det batteri av psykologiske selvforsvarsmekanismer som styrer deres adferd, hadde ikke vært nødvendig om det ikke var for at de på ett nivå har noe de *skammes* over å ha.

Og nettopp *skam* er et sentralt begrep i forskjellen på melankolsk og narsissistisk depresjon. Den melankolske skammer seg ikke på samme måte som den narsissistiske over sine nevrotiske problemer, de aksepterer dem i langt større grad enn hos narsissisten. narsissisten fortrenger skammens grunnlag, mens den melankolske ber om hjelp og dermed erkjenner skammens grunnlag. Og skammens grunnlag, jo den finner vi i krenkelsen av *Selvet!*

En annen viktig forskjell på disse typer depresjon, er deres konstitusjonelle opphav. Mens melankolsk depresjon rammer i tilknytning til konkrete hendelser, og således kan komme og gå, er den narsissistiske depresjon mer grunnleggende i sin konstruksjon. Man kan si man *blir* melankolsk deprimert, mens man er narsissistisk deprimert! Melankolsk depresjon blir man mer eller mindre frisk av selv om sårbarheten for slik depresjon kan øke. Narsissistisk depresjon er mer et uttrykk for en underliggende personlighetsfungering med røtter tilbake til de første leveår og hva man da ble utsatt for mens hjernen ble utviklet og koblet opp.

Man kan sammenligne det med grunnmuren på et hus. Er den solid i utgangspunktet, så tåler huset noen stormer, selv om både vindu og tak kan blåse av kan dette repareres. Om grunnmuren er dårlig raser hele huset sammen i stormen, da blir det ikke så lett å reparere deler av huset. dersom strukturen på nervecellenes oppkobling er svekket, vil man for alltid prøve kompensere for dette, dersom deler av en sterk struktur får seg en trøkk, vil den øvrige struktur utjevne et midlertidig problem. melankolsk depresjon vil de fleste komme over, narsissistisk depresjon må man lære å leve med.

Dette får også konsekvenser for barnets utvikling og tilknytning. Et barn knytter seg ikke på samme måte til en narsissistisk person som en normal person. Tilknytningen hos slike barn er mer preget av en behovsmessig avhengighet til en betinget kjærlighet, der mors nytteverdi avgjør "hvor glad" hun er i barnet. Hos den melankolske deprimerte vil depresjonen avta, og kjærligheten er mer knyttet til barnets behov enn det er til den voksnes ubekreftede emosjonelle behov.

Det følger naturlig av forskjellene på egosentrisme. Alle deprimerte kan fremstå egosentriske, men det er en vesentlig forskjell på den melankolsk deprimerte og den narsissistisk deprimertes "egosentriske" adferd. Den egosentrisme man oppfatter hos melankolske er egentlig ikke egosentrisme, men mer manglende evne til å se andres behov, og ikke så mye behovet for å dekke egne behov. I den narsissistiske depresjon derimot handler den egosentrisme som kommer til syne, utelukkende om å dekke egne behov, der andres behov bevisst blir oversett og tilsidesatt.

Man kan egentlig stille seg spørsmål om narsissistisk depresjon, som i symptom er svært lik, egentlig er en depresjon, eller om det er som Kernberg beskriver " ***koker av innestengt sinne og hatefull bitterhet/fiendtlighet***". Ikke rart man fremstår som deprimert når man hater alt og alle for det livet man ble fratatt under svikten av den omsorg man ble utsatt for.