

”Overt” og ”Covert” Narsissisme

To hovedtyper av narsissistisk personlighetsforstyrrelse,
i relasjon til MMPI-2 skalaene Hs, D, og Hy.

Et forslag til utvidet verktøy for differensiering av overt og covert
narsissisme samt betraktninger rundt vanlige depresjon og den
depresjon man finner hos alvorlig narsissistisk sårede mennesker.
En depresjon med klare trekk av sorg.



Rune Fardal, desember, 2006

Artikkelen er basert på en metastudie av eksisterende litteratur på området.
Rune Fardal studerer psykologi ved universitetet i Bergen og utgav i våren 2006 boken
”Psykopati og Forsvarsmekanismer”, ISBN:82-997319-0-9.
Copyright Rune Fardal, 2006.

ABSTRAKT	4
INNLEDNING.....	4
HISTORIKK	5
LITTERATURGJENNOMGANG.....	6
COVERT NARSISSISME DIGNOSTISKE TREKK ETTER RONNINGSTAM ...	9
KLINISK BEVIS FOR OVERT OG COVERT UNDERTYPER.....	14
EMPIRISKE STUDIER AV OVERT OG COVERT NARSISSISME	15
NARSISSISME HOS KVINNER	18
NPI - HSNS.....	21
OVERT (NPI) / COVERT (HSNS) NARSISSISTISKE GRUPPER	22
DISKUSJON OVERT/COVERT	22
MMPI-2 I RELASJON TIL COVERT NARSISSISME.....	26
GRAHAM, J.R. (2006) MMPI-2 ASSESING PERSONALITY AND PSYCHOPATHOLOGY	26
SKALA 1 HYPOKONDRIASIS – HYPOKONDRE TREKK	26
SKALA 2 DEPRESJON.....	27
SKALA 3 HYSTERIA.....	29
HAVIK, E. ODD (1993) KLINISK BRUK AV MMPI-2	30
SKALA 1. Hs, HYPOCONDRIASIS	30
SKALA 2 DEPRESJON (D)	31
SKALA 3 HYSTERIA (HY)	31
SKALAKONFIGURASJONER - TOPUNKTSKODER	32
1-2/2-1	32
1-3/3-1	32
2-3/3-2.....	32
HATAWAY, S.R. & AL. (1989) MMPI-2, MANUAL FOR ADMINISTRERING OG TOLKING	33
SKALA 1 Hs (HYPOKONDRI)	33
SKALA 2 D (DEPRESJON)	33
SKALA 3, (HY) HYSTERI	34
HAVIK, E. ODD (2003) MMPI-2 KARTLEGGING AV PSYKOPATOLOGI OG PERSONLIGHET	34
SKALA 1 Hs, HYPOKONDRIASIS	34
SKALA 2, D DEPRESJON.....	35
SKALA 3, HY HYSTERIA.....	35
TO OG TREPUNKTSKODER	36
1-2/2-1	36
1-3/3-1.....	36

2-3/3-2.....	36
GREENE, R.L. (2000) THE MMPI-2, AN INTERPRETIVE MANUAL.....	36
SCALE 1, HYPOCONDRIASIS, (Hs)	37
SCALE 2, DEPRESSION, (D)	37
SCALE 3, HYSTERIA, (Hy)	38
NEUROTIC TRIAD CONFIGURATIONS	39
SCALE 1,2,3.	39
CODETYPES.....	39
1-2/2-1	39
1-3/3-1	39
2-3/3-2.....	40
NICHOLS, D.S. (2001) ESSENTIALS OF MMPI-2 ASSESMENT	40
SCALE 1 : HYPOCONDRIASIS	41
SCALE 2 : DEPRESSION	41
SCALE 3 : HYSTERIA	42
CODETYPES.....	42
1-2/2-1	42
1-2-3	42
2-3/3-2.....	42
DISKUSJON MMPI-2.....	43
EKTEPARS VURDERING	43
LISTE OVER PERSONLIGHETSTREKK MMPI.....	45
LISTE OVER PERSONLIGHETSTREKK COVERT NARSISSISME.	46
HSNS - THE HYPERSENSITIVE NARCISSISM SCALE (HSNS)	47
EKSPLISIT OG IMPLISIT SELVFØLELSE.....	48
DEPRESJON OG TRAUMER.....	51
HJERNESKADE.....	52
OPPSUMMERING.....	55
TRAUMER.....	56
DEPRESSIVE SYMPTOMER OG AGGRESSIV ADFERD	57
FMRI – FUNKSJONELL MAGNET RESONANS TOMOGRAFI.....	59
FORSKJELLER PÅ DEPRESJON OG COVERT NARSISSIST.	61
ÅRSAK	64
BEHANDLINGSMULIGHETER.....	65
NARSISSISTISK LIKEVEKT	65
KONKLUSJON	66
LITTERATUR :.....	68

Abstrakt

En rekke teoretikere og forskere har vist at DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) kriteriene for narsissisme er for "smale" og synes å miste den mer "covert", vaksomme, hypersensitive, sky og sårbare personlighetsfungering ved den narsissistiske lidelse, slik den er beskrevet av bla. Kohut (1977). Frem til det siste tiår synes forskning i for stor grad å ha vært begrenset av en snever tolkning av DSM kriteriene for narsissisme med trekk av "overt", grandiose og den mer utagerende narsissistiske personlighet som kommer til syne i NPI (Narcissistic Personality Inventory).

Dette har vidtrekkende følger for forståelsen av denne lidelsen, ikke minst hva gjelder forekomst og diagnostikk. Også det faktum (Kohut, 1977; Kernbeg, 1975) at depresjon og depressive adferdstrekk er en del av det diagnostiske bildet ved covert narsissisme, har gjort at helsepersonell uten dybdekunnskap om denne adferden ved en rekke tilfeller feildiagnostiserer personer "bare" som deprimerte. Dette kan få meget skadelige konsekvenser for personen selv og dennes omgivelser.

Gjennom en sammenstilning av beskrivelser fra MMPI-2 og skalaene 1, Hs, 2 D og 3 Hy er det grunn til å anta at det for høytskårende ($p > 70$) på disse skalaer finnes en korrelasjon til covert narsissisme.

Innledning

Overt narsissisme er relatert til selvforsterkende attribusjoner og tilskrivelser, men også til indre forsvarsmessige attribusjoner. Dette i motsetning til HSNS (Hypersensitive Narcissism Scale) definert narsissisme, som relaterer seg til en mer pessimistisk, tilsynelatende depressiv tilnærming.

Holdren (2004) gir ytterligere vitenskapelig validitet for differensieringen mellom en mer overt, grandios og ekshibisjonistisk narsissistisk undertype beskrevet i DSM og den mer covert, hypersensitive, sky og sårbare undertype som er beskrevet i psykoanalytisk teori og ved en rekke kliniske og empiriske beskrivelser.

Narsissismesyndromet er et meget komplekst og kan være **svært vanskelig** å avsløre og forstå uten inngående kunnskap om eksisterende forskning på området og ikke minst praktisk erfaring med slike mennesker (Wink, 1991). Spesielt covert narsissisme regnes for å være svært kompleks og vanskelig å avsløre ved vanlige undersøkelser og besvarelser. En ting er å lese om dette, noe ganske annet er det å oppleve dette i virkeligheten. En ting er det å ha en tilsynelatende deprimert person foran seg, noe ganske annet er det å avsløre dennes covert narsissistiske personlighetsfungering.

Fagfolk som tror de kan avsløre denne typen personligheter ved en kort samtale, og/eller uten inngående kunnskap både om teori og empiri, samt personens forhistorie, fra kilder som har levd med personen, avslører alvorlig kunnskapsmangel.

Forskjellen mellom den rene depressive og den covert narsissist diskuteres i relasjon til traumetidspunkt og varighet.

Historikk

Kohut (1977) beskriver at dagens barn er typisk oppfostret i en kjernefamilie og er mer utsatt for sosial understimulering og en konsekvens av dette er at individet i voksen alder står i fare for å utvikle et mer fragmentert selv. Masterson (1990) ser for seg en historisk forandring fra en opptatthet av skyld og nevrotiske bekymringer til en ny bekymring med kjedsommelighet, meningsløshet og en søken etter det virkelige autentiske selv.

For fagfolk betegnes personlighetstrekk, slik de er beskrevet i NPI, å reflektere en narsissistisk personlighetsfungering. De ekstreme utgaver av denne fungering utgjør narsissistisk personlighetsforstyrrelse. En rekke forskere har lagt til grunn at DSM kriteriene er for snevre til å favne om den kompleksitet vi finner rundt narsissistisk forstyrrelse. Etter som stadig flere empiriske undersøkelser publiseres er det godt dokumentert at det finnes to hovedtyper av patologisk narsissisme. Dette har ført til at en rekke forskere og klinikere har søkt etter bedre verktøy og forståelsesmodeller for det narsissistiske begrep.

DSM beskrivelsene synes å fokusere for ensidig på de "overt" kvaliteter ved narsissisme (grandiositet, utnyttelse, arroganse, mellommenneskelige problemer, åpen aggresjon og sinne) og synes utelate de mindre tydelige og skjulte "covert" karaktertrekk (skam, sensitivitet, introverte, sårbare, underlegne, depressive og angstfulle trekk), Gabbard (1989). I overt type er disse skjult, i covert type er de synlige.

To av de mest innflytelsesrike teoretikere på narsissisme over flere tiår har vært Otto Kernberg og Heinz Kohut. Delvis som en følge av deres arbeid har en rekke fagfolk (Adler, 1986; Broucek, 1982, 1991; Gabbard, 1989; Hibbard, 1992; Rosenfeld, 1987; Schulman 1986; Storlow & Lachman, 1980; Wink 1991a, 1991b, Ronningstam 1998, 2005; Masterson 1981, 1988, 1993, 1995, 2000, 2004 m.fl.) identifisert en adferdsmessig og fenomenologisk sammenheng i den narsissistiske personlighetsfungering. Flere typer narsissisme er rapportert i psykoanalytiske studier (Bursten, 1973; Kernberg, 1986; Kohut & Wolf, 1979, Reich 1949). Kohut og Wolf skilte mellom det de kalte "*Merger-hungry*", "*Contact-shunning*" og "*Mirror-hungry*" individer. Bursten (1973) foreslo 4 ulike typer narsissistiske pasienter, Den *manipulative* narsissist, den *paranoide* narsissist, den *begjærende* narsissist og den *falliske* narsissist.

I de senere år har den kliniske litteratur fokusert på to hovedtyper av narsissisme: skillet går mellom ***overt*** (grandios/ekshibisjonistisk) og ***covert*** (hypersensitiv/sårbar) narsissisme. Masterson (1981) legger til grunn at majoriteten av narsissistiske individer prøver å imponere andre med sin åpne fremvisning av grandiositet, ekshibisjonisme og rettighetstrang, mens en mindre del, men allikevel signifikant gruppe av closet narsissister fremstår som sky, underlegne og ineffektive, bare for å vise sine ekshibisjonistiske og grandiose fantasier ved nærmere undersøkelse og kontakt. Gabbard

(1989) betegnet de to typer som ytterpunkter langs den narsissistiske dimensjon. Han kalte dem *umoralske* (oblivious) narsissister og *hyperfølsomme* narsissister. De hyperfølsomme er ekstremt sensitive til hvordan andre reagerer ovenfor dem og de synes i tråd med depressive mennesker å tilsynelatende tilskrive alt ut i fra en forståelse av at de ikke duger og er underlegne.

Det har vært fremsatt hypoteser om at en narsissist vil foreta 1) selvforsterkende attribusjoner for positive hendelser ved å tilskrive dem til indre årsaker og 2) forsvarsmessige attribusjoner for negative hendelser ved å tilskrive dem til eksterne, ustabile og spesifikke årsaker. Forskning har manglet grunnlag for hypotese 2) og har frem til for kort tid siden ikke evnet å observere forholdet mellom narsissisme og selvbeskyttende attribusjoner for negative hendelser. En utvidet forståelse av narsissisme begrepet ut over den snevre forståelsen som fremkommer av DSM-IV og NPI er nødvendig for en slik forståelse.

Litteraturgjennomgang

Til tross for inkludering i DSM-III og etterfølgende utgivelser er narsissisme ennå bare i begynnelsen av en prosess av beskrivelse, empirisk testing og validering (Gunderson, Ronningstam & Smith, 1991). Millon (1981) rapporterte at kriteriene for DSM om narsissisme, var hentet fra hovedteoriene om narsissisme og da i særdeleshet fra Kernberg (1976, 1980) og Kohut (1971, 1977).

DSM-IV representerer en forskningsmessig tilnærming til beskrivelsen av narsissisme, der NPI er det mest brukte verktøy for diagnostisering. Følgende er beskrivelser av diagnosetabellen fra DSM-IV, 1994:

A pervasive pattern of grandiosity (in fantasy or behaviour), need for admiration, and lack of empathy, beginning by early adulthood and present in a number contexts, as indicated by five (or more) of the following:

- 1) *Has a grand self of importance (eg., exaggerates achievements and talents, expects to be recognized as superior without commensurate achievements)*
- 2) *Is preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty or ideal love.*
- 3) *Believes that he or she is "special" and unique and can only be understood by, or associated with, other special or high status people (or institutions)*
- 4) *Requires excessive admiration*
- 5) *Has a sense of entitlement, i.e., unreasonable expectations of especially favourable treatment or automatic compliance with his or her expectations*
- 6) *Is interpersonally exploitative, i.e., takes advantage of others to achieve his or her own ends.*
- 7) *Lacks empathy: is unwilling to recognize or identify with the feeling and needs of others.*
- 8) *Is often envious of others or believes others are envious of him or her*
- 9) *Shows arrogant, haughty behaviours or attitudes.*

Disse beskrivelser av adferd og attribusjonsmønster står i en meget sterk kontrast til de beskrivelser som gies av den mer covert (sky, underdannige, underliggende) narsissistiske fremtoning. En fremtoning som i praksis ofte forveksles med ulike typer depresjoner. Ronningstam (1989,s.62-63) gir en tabell over disse trekk.

Ronningstam 1998,s.62-63

Clinical features of narcissistic personality disorder

I. Self-concept

Overt

Grandiosity; preoccupation with fantasies of outstanding success; undue sense of uniqueness; feelings of entitlement; seeming self-sufficiency

Covert

Inferiority; morose self-doubts; marked propensity toward feeling ashamed; fragility; relentless A search for glory and power; marked sensitivity to criticism and realistic setbacks

II. Interpersonal relations

Overt

Numerous but shallow relationships; intense need for tribute from others; scorn for others, often masked by pseudohumility; lack of empathy; inability to genuinely participate in group activities; valuing of children over spouse in family life

Covert

Inability to genuinely depend on others and trust them; chronic envy of others' talents, possessions, and capacity for deep object relations; lack of regard for generational bondaries; disregard for others' time; refusal to answer letters.

III. Social adaptation

Overt

Socially charming; often successful; consistent hard work done mainly to seek admiration ("pseudosublimation"); intense / ambition; preoccupation with appearances

Covert

Nagging aimlessness; shallow vocational commitment; dilettante-like attitude; multiple but superficial interests; chronic boredom; aesthetic taste often ill-informed and imitative

IV. Ethics, standards, and ideals

Overt

Caricatured modesty; pretended contempt for money in real life; idiosyncratically and unevenly moral; apparent enthusiasm for 01 sociopolitical affairs

Covert

Readiness to shift values to gain favor; pathological lying; materialistic lifestyle; delinquent tendencies; inordinate ethnic and moral relativism; irreverence toward authority.

V. Love and sexuality***Overt***

Marital instability; cold and greedy seductiveness; extramarital affairs and promiscuity, uninhibited sexual life

Covert

Inability to remain in love; impaired capacity for viewing the romantic partner as a separate individual with his or her own interests, rights, and values; inability to genuinely comprehend the incest taboo; occasional sexual perversions

VI. Cognitive style***Overt***

Impressively knowledgeable; decisive and opinionated; often strikingly articulate; egocentric perception of reality; love of language; fondness for shortcuts to acquisition of knowledge

Covert

Knowledge often limited to trivia ("headline intelligence"); forgetful of details, especially names; impaired in the capacity for learning new skills; tendency to change meanings of reality when facing a threat to self-esteem; language and speaking used for regulating self-esteem

Covert narsissisme diagnostiske trekk etter Ronningstam

Under følger en oversettelse (av forfatteren), av de covert trekk som er beskrevet av Ronningstam (1989,s.62-63) over.

Selvet

Mindreverdighet, gretten, sur, selv-usikkerhet, markert synlighet for skamfølelse, skjørhet, ubarmhjertighet/uforsønlighet søken etter ære og makt, markert sårbarhet for kritikk og virkelige tilbakeslag.

Mellomeneskelig adferd

Manglende evne til virkelig å stole på og ha tiltro til andre, kronisk missunnelse på andres talenter, eiertrang og anlegg for dyp objektrelasjon, manglende forståelse for generasjonsgrenser, mangler respekt for andres tid, nekter å besvare brev.

Sosial tilpasning

Formålsløs syting, grunn yrkesfaglig fordypning, dilletantisk adferd, flere men overflatiske interesser, kronisk kjedsommelighet, estetisk smak ofte dårlig unnderbygget og primitiv. [Fravær av arbeidslyst (Wink 1991)]

Etikk, idealer, standard

Parat til å forandre verdier og standpunkt for å få fordeler, patologisk løgnaktighet, materialistisk livsstil, tendenser til forsømmelse, lovovertrædelser, overdreven etnisk og moralsk relativisme, respektløshet for autoriteter.

Kjærlighet, seksualitet

Mangler evne til å forbli i kjærlighet, manglende evne til å se den romantiske partner som et separat individ med hans eller hennes egne interesser, rettigheter, og verdier, manglende evne til ekte å forstå incest tabuet, seksuelle perversjoner forekommer.

Kognitiv stil

Kunnskap ofte begrenset til trivialiteter (overskrifts kunnskap), glemsk på detaljer og særlig navn, manglende evne til å lære nye ferdigheter, tendens til å forandre mening og virkelighet når de utsettes for en trussel mot selvfølelsen, språk og tale brukes for å regulere selvfølelsen.

Westen (1990) argumenterer med at narsissisme er en kognitiv-affektiv opptatthet med sitt eget selv, der kognitiv opptatthet refererer seg til et fokus på selvet, og affektiv opptatthet refererer til en overbekymring og fokusering om ens ønsker, behov, mål, overlegenhet og perfeksjonisme. Han argumenterer for at disse selv-begrepene er karakterisert ved fusjon, eller manglende evne til å diffensiere mellom reelt selv og idealselv. Også Akhtar og Thomson (1982) deler dette synet og de konkluderer med at narsissisme består av mangler på 6 funksjonsområder:

- 1) Selv-begrepet
- 2) Mellommenneskelige relasjoner
- 3) Sosial tilpasning
- 4) Etikk, standarder og idealer
- 5) Kjærlighet og seksualitet
- 6) Kognitiv stil

Akhtar og Thomson beskriver selvbegrepet i tråd med DSM forståelsen, men de konkluderer også med at narsissister er ”covertly” hypersensitive og fylt med følelser av underlegenhet og mindreverd. Vedrørende kognitiv stil beskriver de narsissister som gjennomgående egosentriske i sin persepsjon av virkeligheten, og overflatiske til objektive hendelser. **Dette fører til at de har en tendens til å skifte mening om virkeligheten når selvfølelsen er truet. Det finnes flere beskrivelser der narsissistisk sårede mennesker får seg til å si motstridende påstander om samme tema. Denne form for logisk brudd er typisk for personlighetsfungeringer ved splitting og med et spaltet selv.**

En rekke fagfolk har beskrevet at DSM-kriteriene er for snevert trukket opp og ikke i tilstrekkelig grad fanger opp den forskjelligartethet man finner rundt denne lidelsen (Cooper & Michels, 1998; Gabbard, 1989; Philson, 1985; Richman & Flaherty, 1988). Gabbard (1989) legger til grunn at de eksisterende diagnostiske kriterier bare beskriver en spesiell type narsissistisk pasient, det arrogante, brautende individ som krever å være i rampelyset. Cooper & Michels (1988) legger til grunn at DSM-III-R beskriver den ”overtly” aggressive uttrykksformen av narsissistisk konflikt, men svært dårlig tar for seg den introverte, passive narsissistiske pasient hvis grandiositet er skjult bak en fasade av etterkommenhet og skyhet (covert).

Overt og covert type deler noen trekk. Det er utnyttelse av andre og en tilsynelatende følelse av berettigelse i forhold til andre, Wink (1991,s.591). Millera (2007) viste hvordan narsissistisk personlighetsfungering bidro til å påføre andre smerte og lidelse. Også denne undersøkelsen retaterer depresjon til den narsissistiske adferd. Otway (2006) beskrev en årsaksammenheng til narsissisme ved enten kjølige og distante foreldre eller overbeskyttende og beundrende foreldre. En annen viktig beskrivelse var covert narsissismes tilknytning til angst rundt tilknytning til omsorgspersoner. Også Smolewska & al. (2005) tar opp problemstillingen rundttilknytningsangst og covert narsissisme. Både angst og undvikende adferd var her typiske trekk. Sawrie & al. (1997) diskuterer spørsmål rundt alkoholisme og narsissisme. Også her diskuteres og vises det til det nære slektskapet mellom depresiv adferd og covert narsissisme.

Flere klinikere og teoretikere (Gabbard, 1990; Masterson, 1993; Curtis, 1994) har observert at det i klinisk praksis kan skje at pasienter som lider av en narsissistisk lidelse **feildiagnostiseres**. De depressive trekk skjuler den mer alvorlig sky, missunnelige, hatpregede og hevngjerrige personlighet. Begrepet om at man ser det man ønsker å se, er til fulle aktuelt i denne setting når det gjelder helsepersonell. Av den grunn er det viktig å få frem kunnskap om denne typen personligheter. Det er likeledes beskrevet (Wink, 1991,s.594) at overt narsissisme er positivt korrelert med observasjon av narsissistiske

trekk, mens dette ikke var tilfelle for covert narsissisme. Noe som underbygger det flere fagfolk har beskrevet om at covert narsissisme er meget vanskelig å avsløre ved observasjon alene. Likeledes er det grunn til å anta at høytskårende blandt covert narsissister i indre grad fremviser sine trekk ved kliniske vurderinger. Dette fremgår av følgende tabell fra Wink (1991,s.594):

*Correlations of the Two MMPI Narcissism Factors With
Five Observer-Based Measures of Narcissism*

Measure	MMPI narcissism factors	
	Vulnerability– Sensitivity	Grandiosity– Exhibitionism
Direct ratings of narcissism	–.06	.40**
CAQ narcissism measure		
Overall prototype score	.23**	.24**
Willfulness subscale	.05	.39**
Hypersensitivity subscale	.23**	–.12
Autonomy subscale	.08	.18*

Note. $N = 350$, with the exception of direct ratings of narcissism where $n = 57$ (29 men and 28 women).

* $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed.

Kohuts beskrivelser av narsissistiske pasienters overfølsomhet, idealisering, devaluering og reaksjon på kritikk er av andre (jf. Holdren, 2004) funnet også i flere andre pasientgrupper. Det er en stigende bekymring for at pasienter som har en narsissistisk lidelse faktisk forblir udiagnostisert grunnet en for sterk vektlegging av beskrivelser i DSM.

Kernberg (1975) beskriver narsissister som grandiose, selvsentrerte, mangler empati, intenst missunelige og emosjonelt grunne. Denne beskrivelsen reflekterer hva Wink (1997) senere refererte til som den ”overt” undergruppe av narsissister. Kohut (1977) beskriver narsissister som sårbare, deprimerte og ”tomme”, og med mangler innen empati og motstandskraft. Denne beskrivelsen reflekterer det Wink (1997) refererte til som ”covert” undergruppe av narsissister.

Den siste tids forskning synes å vise at Kernberg og Kohut begge hadde rett og faktisk beskriver distinkte typer av narsissister. Hypotesen er at forskjellen i deres teoretiske konsept kan stamme fra det faktum at de arbeidet med litt ulike pasientgrupper. En rekke klinikere og forskere (Storlow & Lachman, 1980; Adler, 1986; Schulman 1986; Rosenfeld, 1987; Gabbard 1989; Broucek, 1982, 1991; Wink, 1991; Hibbard, 1992)

tilkjenne gir at Kernberg og Kohut formulerte sine modeller mens de arbeidet med spesifikt ulike grupper.

Således arbeidet Kernberg primært med mer alvorlig forstyrrede og mistilpassede individer innlagt i en sykehus-setting. Kohut derimot mottok vanlige mennesker som klaget på problemer med depresjon, tomhetsfølelse og problemer i parforhold. Kernbergs beskrivelse av narsissister som grandiose, selvcentrerte, manglende empati, intenst misunnelige og emosjonelt grunne er konsistent med nåværende beskrivelser av "overt" grandiose/ekshibisjonistiske undertyper. Kohuts beskrivelse derimot, av narsissister som diffust sårbare, vagt deprimerte og "tomme" og med manglende empati og motstandskraft stemmer godt overens med begrepsforståelsen rundt "covert", overfølsomme/sårbare undertyper.

Reich (1949) beskrev en narsissistisk type hun fant mest vanlig blant kvinner. Denne typen narsissister idealiserer ikke seg selv, men den andre (objektet), og identifiserer seg så på en underdanig måte med denne kraftfulle andre for å få narsissistisk tilfredsstillelse indirekte.

Som nevnt beskrev Bursten (1973) den *manipulative* narsissist som en som persiperer den andres mål i konflikt med sitt eget og bruker bedrag og manipulasjon for å influere andre, lyver og opplever lite skyld. *Paranoide* narsissistiske typer er sinte og kverulerende, rigide, mistenksomme og sjalu og har en tendens til å klandre andre. *Begjærende* narsissister er klengete, krevende og forventer konstant å bli skuffet. Den *falliske* narsissist-type er nærmere knyttet til det tradisjonelle begrepet av narsissisme. Trekk fra den falliske narsissist inkluderer maskulinitet, aggressivitet, utagering, arroganse og er upåaktet for å føle seg sterk.

Kohut and Wolf (1978) beskrev de 3 typene "Merger-hungry" som alltid var tilknyttet og definerte seg selv gjennom andre. "Contact-shunning" narsissister unnviker sosial kontakt på grunn av frykt for at deres adferd ikke vil bli akseptert eller beundret. Den siste typen, "Mirror-hungry" individer har en tendens til å gjøre seg til foran andre.

Miller (1979) identifiserte 2 forskjellige former for narsissistisk forstyrrelser som hun definerte som grandiositet og depresjon!

Hun anså både grandiositet og depresjon å ha rot i narsissistiske forstyrrelser, med grandiositet utviklet som en benektelse av tap av viktige sider ved selvet. Hun beskrev begge disse trekk som et uttrykk for tapet av selvet. Videre beskrev hun begge som uttrykk for et indre fengsel fordi de begge er "compelled to fulfill the introjected mothers expectation . Whereas the grandios person is her successfil child, the depressive sees himself as a failure" Miller (1979,s.6)

I tillegg i deres indre bevissthet/ubevissthet er en frykt for tap av kjærlighet, misunnelse, sterk aggresjon, oversensitivitet, tendens til å føle skam og skyld og utålmodighet.

Broucek (1982) beskrev 2 typer narsissister, en *egoistisk* selvopptatt type og en *dissosiativ* type. De dominerende trekkene ved den egoistiske type var grandiositet og selvforherligende adferd. På den andre yterkant er det grandiose selvet splittet av og projisert i form av et idealisert og onnipotent objekt. Den dissosiative type identifiseres ved et forringet selv, hvilket typisk resulterer i lav selvfølelse fordi de positive oppbyggende trekk i personligheten er spaltet ifra.

Millon (1996) antar at det er flere ulike personlighetstyper som har inkorporert spesifikke narsissistiske trekk. Således er den *amoralske* (unprincipled) narsissist karakterisert ved en arrogant form for selvforståelse, liten forståelse for andres velferd og fremviser uredelig truende sosial adferd. Denne typen er en blanding av antisosial og narsissistisk adferd. Den *amorøse* (amorous) narsissist er beskrevet å ha en erotisk og forførende orientering, en likeglad samvittighet og en fjern holdning til sannhet og sosialt ansvar. Denne typen er en blanding av narsissistiske og histroniske trekk.

Den *kompenserende* (compensatory) narsissist (covert) karakteriseres av tydelige narsissistiske trekk som stammer fra en underliggende følelse av usikkerhet og svakhet heller enn fra en genuin følelse av selvtillit og selvfølelse. De er hypervaktsomme og utsøkt sensitive til hvordan andre reagerer på dem, ser og lytter etter enhver form for kritikk, og føler seg tilsidesatt ved enhver form for uenighet. Denne typen er en blanding av narsissistiske, negative og unnvikende personlighetstrekk.

Den siste typen Millon beskrev er *arrogante* (elitist) narsissist som er dypt overbevist om deres overlegne selvbilde selv om det er begrunnet i få realistiske opplevelser. De beskrives som selvsikre og arrogante, energiske og med en følelse av at de er privilegerte.

Forskjellen mellom den overt og den covert type henspiller på den narsissistiske tendens til å holde to motstridende syn på selvet. (Akhtar, 1989, Akhtar & Thomsen, 1982). For majoriteten av narsissister er det den typiske grandiose adferd som kommer til overflaten. I disse individer er det skjelden man ser tegn til depresjon eller underlegenhet (Wink, 1996). Når det i litteratur refereres til at majoriteten av de som diagnostiseres som narsissistre fremviser den overt type, er det all grunn til å anta at den mer covert type først i de senere årtier er "avslørt"! Uten kunnskap om denne typen kan de lett forveksles med de rene deprimerte. Og de avsløres ikke ved intervjuer eller ved kort tids observasjon. Det kreves lang tids observasjon eller tilgang til slike beskrivelser for å se den virkelig undeliggende personlighetsfungering i slike tilfeller.

En mindre med allikevel signifikant gruppe av det Masterson (1981) refererer til som "closet" narsissist fremstår som engstelige, sky, underlegne og ineffektive. De viser sin grandiositet og ekshibisjonistiske adferd kun ved nærmere kontakt. Deres kjerne av narsissistisk patologi er skjult av en forsvarsmur av hemninger og passivitet (Masterson, 1990).

Lutus (2006) beskriver at den covert narsissist har en litt annen strategi enn den overt narsissist. Den covert narsissist velger en autoritetsperson, eller en idealisert person, som

de lever i skyggen av. Denne autoritetsperson har omtrent det samme syn som den covert narsissist, som dermed ikke behøver å fremtre i lyset på samme måte som overt narsissist. Den covert narsissist lever på mange måter gjennom denne autoritetsfiguren. Problemet kommer selvfølgelig når denne autoritetsfiguren forsvinner eller løsriver seg fra narsissistens klamme grep. Da oppstår det narsissistiske raseri. Og for den som ikke har opplevd det, er det å si at det kan man være glad for. Det er et raseri der alle demninger for missunnelse og hat brister og der alle midler taes i bruk for at narsissisten skal få en bekreftelse på at den tidligere autoritet ikke er seg selv overlegen (lenger). Å bryte med en narsissist er pr definisjon den største synd for det gir narsissisten henspeilinger på at han eller hun ikke lenger er verdens navle. Dette narsissistiske raseri fortsetter selv etter at narsissisten har funnet seg en ny autoritetsperson å leve under, å snylte på. Dette underbygger at narsissistens liv er en skjønnhetskonkurranse der en mørk brønns falske refleksjon er i kamp mot dagslysets ubehagelige virkelighet.

Klinisk bevis for overt og covert undertyper.

I en overt form, fører narsissisme til direkte uttrykk av ekshibisjonisme, selvhøytidlighet, og fokus på oppmerksomhet og beundring fra andre. **Som coverte type er narsissime mer markert ved ubeviste følelser av storhet og viser åpent mangler på selvtilitt og initiativ samt vage følelser av depresjon (Wink, 1996). Paradoksalt er narsissistiske individer oversensitive, angstfylte, engstelige, og usikre, men ved nær kontakt kan de overraske andre med sine grandiose fantasier (Kernberg, 1986).**

Gabbard (1989) foreslo at narsissistisk personlighetsforstyrrelse kan forstås i en dimensjonal form mellom to ekstremer. Han betegnet ekstremitetene som *umoralske* (oblivious) og *overfølsomme* (hypervigilante) undertyper. Den umoralske synes ikke ha noen forståelse i det hele tatt på hvordan deres adferd virker inn på andre. De er arrogante, selvopptatte og ute av stand til å se og forstå andres behov, følelser og reaksjoner. Disse individer demonstrerer et behov for å være i senter av oppmerksomheten mens de forblir helt ugjennomtrengelige for kritisk tilbakemelding.

Den overfølsomme typen derimot, er ekstremt sensitive til hvordan andre reagerer mot dem, noe som klart fremgår av deres adferd. I motsetning til den mer overt type, viser disse ved sin adferd at de ikke liker å være i senter for oppmerksomheten. Det oppfattes av dem som truende mot det skjøre selvet som skjuler seg under det ellers falske selvet de omgir seg med til daglig. De er ekstremt sky, underlegne, tilbaketrukne, skamfulle og frykter konstant avvisning og ydmykelse. For å håndtere denne frykten blir disse individer overfølsomme om hvordan andre reagerer på dem. De vurderer kontinuerlig hva andre synes om dem og opptre på måter som sikrer og unngår kritikk.

Gabbard, (1989, 1994) argumenterer for at en gruppe narsissistiske pasienter er ekstremt sensitive til hvordan andre reagerer på dem og går med en konstant frykt for kritikk og ydmyking. De ser vaksomt på terapisten for tegn på avvisning og kjedsommelighet.

En annen gruppe narsissistiske pasienter frembringer følelser av kjedsommelighet og irritasjon. Disse pasienter har tilsynelatende ingen forståelse for hvordan de påvirker andre. De snakker som om de adresserer en stor forsamling, gir skjelden øyekontakt og tvinger terapeuten til lange monologer der de beskrives sine bragder og hva de har oppnådd. Gabbard (1989) spekulerer om disse kontroversene kan være relatert til den kontroversitet som er beskrevet i litteraturen når det gjelder Kohut og Kernberg.

Masterson (1993) gir en teoretisk forklaring og eksempler i et forsøk på å skille mellom det han kaller ”**closet narcissist**” (covert) fra det han kaller ”**exhibitionistic narcissist**” (overt). Han mener begge, deler en lignende intrapsykisk struktur; fusjonen av de grandiose selv-representasjonene med omnipotent objektrepresentasjon.

Den viktigste forskjellen mellom overt og covert narsissist er deres emosjonelle investering (forsvar), ved at overt type fremstår som ugjennomtrengelig og resilient til opplevelser av psykologisk opprør og uro grunnet hans eller hennes investering i det grandiose selvet. Ingenting går (tilsynelatende) innpå dem.

Når det gjelder covert narsissist er denne undertypen langt mer sårbar for psykologisk opprør grunnet hans eller hennes investering i den idealiserte/omnipotente andre mens det grandiose selvet tilfredstilles indirekte ved å opptre i lyset fra det idealiserte objekt.

Empiriske studier av overt og covert narsissisme

Inndelingen i overt og covert narsissister som vi finner i kliniske begrepssammenfatninger er også tilstede i de følgende empiriske undersøkelser (Balestri, 2000; Bunke, 1993; Brabon, 1998; Hibbard, 1999, Hendin & Cheek, 1997; Keith, Dickson & Pincus, 2000, Levine, 1999; Rathoven & Holmstrom, 1996; Sawrie & al. 1997; Schurman, 2000, Sturman, 2000; Vitek, 2000; Wink & Donahue, 1997; Wink, 1991a,1996). Alle disse funn var statistisk signifikante.

Wink (1991) undersøkte den manglende korrelasjonen blant flere selvbesvarelser om narsissisme og fant to hovedtyper av narsissisme ved bruk av NPI og MMPI-baserte målinger av narsissisme. Fra faktoranalyse av totalskåren for alle testdeltakere var det de to faktorene sårbarhet/sensitivitet og grandios/ekshibisjonistisk som sto frem. Disse to faktorer er teoretisk så vel som empirisk parallelle med overt og covert undergrupper foreslått av Gabbard (1989). Sårbarhet/sensitivitet (covert) faktor ble assosiert med introversjon, defensivitet, angst og sårbarhet til livets traumer, mens den grandiose/ekshibisjonistiske (overt) faktor ble assosiert med ekstrovert, selvsikkerhet, ekshibisjonisme og aggresjon.

NPI er assosiert med lederpotensiale og en orientering mot fullføring og evne til gjennomføring av ulike prosjekt. Disse betraktninger sett under ett tyder på at DSM-III i første rekke måler overt narsissisme. For å måle covert narsissisme benyttes NPDS (Ego

Sensitivity Scale) (Ashby, Lee & Duke, 1979). **NPDS viser seg også assosiert med depresjon** (Watson, Taylor & Morris, 1987) og **utilstrekkelighet, tristhet og bekymringer** (Mullins & Kopelman, 1988).

Wink (1991) foreslo at alle disse karakteristikkene er kongruente med covert narsissisme. Mye tyder på at personer med en slik personlighetsfungering sliter med depresjon, fiendtlighet, problemfylte sosiale forhold, angst og irritabilitet, som alle er karakteristiske trekk rundt denne formen for narsissisme.

En rekke empiriske studier har benyttet overt og covert undergrupper. Covert narsissisme (NPDS) predikerer høy depresjon, angst og lav selvfølelse, mens det motsatte var tilfelle for overt narsissisme.

Hibbard (1992) fant også bevis for inndeling av narsissisme i overt og covert grupper. DSM-III reflekterer Kernbergs syn på narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Miller (1985) brukte betegnelsen "*Narcissistic Abused Personality*" for å beskrive tendenser mot å se etter bekreftelse fra andre for selv-vurderinger når det gjaldt tilhørighet og gjenkjennelse av andres behov og at disse var viktigere enn ens egne. Hibbard (1992) konkluderte med at NPI-definert narsissisme som korresponderer med overt narsissisme betegnes av grandiositet, redusert evne til skam og en redusert følelse mellom virkelig og idealisert selv. Den covert type er markert ved sårbarhet, skam, ettergivenhet, avhengighet og en tendens til å idealisere.

Bunce (1993) som skilte mellom *grandios* og *sårbar* narsissisme fant den grandiose å være relatert til høyere tilknytningsmotiver, høyere maktmotiver og lavere utrettete motiver. **I tillegg var enkelte underskalaer ved NPI assosiert med depresjon. Sårbare narsissister viste til sammenligning det motsatte mønster hva gjaldt personlighetsfungering med bla. skjult fiendtlighet og var en sterk prediksjon på depressiv lidelse.**

Hos Wink & Donahue (1997) var covert narsissisme (NPDS) karakterisert ved de samme negative trekk som er beskrevet av en rekke andre klinikere. Også der ble problematikken ved at de fremviser depressive trekk tilkjennegitt.

I en studie konstruert for å fremlegge empirisk støtte for forskjellen mellom overt og covert narsissisme, undersøkte Balestri (2000) forholdet mellom objektrelasjoner, **depresjon**, Machiavellisme og 5-faktor modellen for personlighet (McCrae & Costa 1999). Resultatet viste at både overt og covert narsissisme er positivt korrelert med Machiavellisme og negativt korrelert med "agreeableness" faktoren i 5-faktor modellen om personlighet (ikke sjalu, mild, samarbeidsvillig). Balestri la til grunn at disse resultatene reflekterte den narsissistiske tendens til manipulasjon, utnyttelse og mangel på empati. **Covert narsissisme var også relatert til objekt relasjons-mangler, depresjon og den nevrotiske faktor i 5-faktor modellen, noe som reflekterer høyere dyssfunksjon enn overt narsissisme.**

Sturman (2000) fant i sine undersøkelser at covert narsissisme var omvendt assosiert med tilslutnings (affiliation) motivasjon. Hendin og Clerk (1997) fant at covert narsissisme var positivt korrelert med nevrotisme og negativt korrelert med "extraversion" og "agreeableness". De fant også en negativ korrelasjon til åpenhet. Også Keith, Dickson & Pincus (2000) fant at deltagere i den grandiose gruppen rapporterte lav nevrotisme, høy "extroversion" og lav "agreeableness"! Omvendt viste deltagere i den mer sårbare gruppen høy nevrotisme, gjennomsnittlig "extraversion" og lav "agreeableness"!

Vitek (2000) fant at overt narsissisme var forbundet med langt mer ytre aggresjon en covert narsissisme. Likeledes fremviste covert narsissisme en betydelig skam i forhold til overt narsissisme, som tilsynelatende ikke fremviste skam. Wink (1992) viste at depresjon sammen med introversion og fientlighet var typiske trekk ved covert narsissisme. Wink & al. (1995) viste at covert narsissisme fremviste lav moral, manglende selvtillit, mens overt narsissisme ønsket beundring, fremstå uavhengige og kraftfulle. Hunt viser til en type han kaller Diffident (usikker, nølende) narsissist, en beskrivelse som har relasjoner til covert narsissist.

Røvik (2000) beskriver 2 kliniske profiler. En overt narsissistisk og en covert narsissistisk. Begge syntes å ha felles underliggende problematikk, nemlig en forstyrrelse i selvregulering. Røvik viser også til det klientell Kohut bygget sin teori rundt, nemlig det han beskriver som *"vulnerable and easily offended patients"*. Røvik beskriver den DSM-baserte typen av narsissister og legger til . *"...there exist an alternativ presentation of narcissistic pathology, which, altogether differ on the surface..."*. Denne typen beskriver han som den covert narsissisme. Denne beskrives som den engstelige, introverte, underlegne type der grandiositet spilles ut i fantasi. Cooper og Ronningstam (1992) beskriver den samme typen som *"shy narcissist"*! De skriver:

"Their self-presentation is likely to be shy and unassuming and may appear deeply empathic, as others mistake their shy, preoccupied wish to be noticed as genuine interest in the other person. They are however, incapable of maintaining enduring personal relationships, secretly denigrate and are envious of those close to them, and unable to provide self-reward for their sometimes considerable accomplishments. They respond only to external praise, and that often only briefly as they feel themselves to be fraudulent...." (pp.92-93)

Røvik skriver at det Kohut benevnte Narsissistiske Adferdsforstyrrelse tilsvarer overt narsissist, mens Kohuts Narsissistiske Personlighets-forstyrrelse tilsvarer covert narsissist.

Også Rødvik (2000) beskriver de tette bånd mellom narsissistiske forstyrrelser og depresjon. De tilsynelatende tette bånd som finnes mellom disse lidelser er et gjennomgående tema i det meste av litteraturen. Også Avhengig Personlighetsforstyrrelse og Unnvikende Personlighets-forstyrrelse er gjengangere i tilknytning til narsissistisk sårbarhet.

At en covert narsissist benekter egne og de nærmestes problemer er også beskrevet av Rødvik, slik også undertegnede har opplevd i flere saker. Eksempelet med moren hvis barn lå i høy feber i 2 uker, for deretter å bli fraktet alvorlig dehydrert og med stort vekttap til sykehus først når andre grep inn, er bare en klassisk beskrivelse av den samme problemstilling. **Å benekte egne og andres problemer er en del av den manglende empati som er karakteristisk for slike mennesker.**

Narsissisme hos kvinner

Wink (1992) gir en beskrivelse av 3 typer narsissistiske grupper blant kvinner. Det var de *hypersensitive* (covert), de *viljesterke* (willfull) (overt) og de *uavhengige* (autonomous) narsissister. Kvinner som hadde høy skåre på hypersensitivitet i en alder av 43 år, var karakterisert med reduserte personlige resurser i forhold til hvordan de fungerte i 20 års alderen, noe som også gjaldt karriere, ute og hjemme.

Både den hypersensitive og den viljesterke var i motsetning til den uavhengige assosiert ved et problemfylt barndomsforhold til foreldrene, spesielt til sin mor.

Narsissisters livssituasjon blir beskrevet som forverret i voksen alder (Kernberg, 1980; Kohut, 1977). Narsissistens midtlivskrise betegnes som en desperat søken etter tapte muligheter ved ikke å leve opp til sine indre forventninger og fantasier (Kohut, 1977; Winnicot, 1960/1965). Høy bevissthet om sin sårbarhet og begrensinger i livet, underbygger indre følelser av misunnelse og raseri. Disse følelser fører så i sin tur til en defensiv evaluering av andre og deres egen fortid, som svekker den indre og ytre støtte (Kernberg, 1980).

Manglende evne til å integrere godt og vondt (Kernberg, 1980, splitting) eller det maniske eller depressive aspektet ved personligheten (Jaques, 1965; Klein, 1957) fører til at narsissister blir mer sosialt introverte. De føler sine omgivelser som mer fiendtlige der livet ikke lenger har mening, næring eller godhet. Narsissistens personlighet synes bedre rustet til et ungdommelig liv enn et liv i senalder.

Utviklingsmessig er det to veier for narsissisten, Det er den subjektive, og interpersonlige, og den andre er den objektrelaterte i tilknytning til sine omgivelser. Narsissisme deles også inn i en normal og en patologisk del. Her ser vi de tidligere beskrevne relasjoner der den covert narsissist bygger sin grandiositet gjennom en objektrelasjon til andre. Deres samhørighet med den andre gir da den nødvendige speiling de er så avhengige av. Dette avspeiler seg også i diagnosekriteriene for narsissisme der de bare føler seg forstått av noen som, nettopp blir idealisert. Dette kan være en person eller institusjon de tillegger en opphøyet verdi.

At det er denne type objektrelasjoner man er vitne til blir meget synlig når dette objekt løsriver seg fra det narsissistiske individ, gjennom f.eks. skilsmisse. Det raseri, den manipulasjon og den rigide adferd som da fremvises viser at

forsvarsverkene brister og at narsissistens egentlige selv har kontrollen. En slik adferd finnes det en rekke kliniske eksempler på.

Det Wink (1992) kaller den viljesterke narsissisme er definert ved NPI, (Raskin & Hall, 1981). Det er den DSM baserte beskrivelse av narsissisme. Den hypersensitive narsissist maskerer en underliggende underlegenhet, introversjon, manglende selvtilfredshet, en covert grandios følelse av selvbetødning, **Flere ulike (CAQ, NPDS) skåringsinstrumenter underbygger at den hypersensitive form for narsissisme er en mer patologisk utgave enn den NPI baserte og mer overt narsissisme (Emmons, 1987; Watson, Taylor & Morris, 1987; Wink (1992).**

Den hypersensitive (covert) og viljesterke (overt) narsissist tilkjennegir to varianter av patologisk narsissisme. Begge har undergått en omfattende forskning over flere år (Wink, 1992). Dette i kontrast til den mer sunne narsissisme, som har undergått betydelig mindre empirisk oppmerksomhet. En sunn narsissisme gir indikasjoner på tiltro til egne evner, intellektuelle interesser og psykologisk forståelse av egen adferd og kreativitet (Wink, 1991).

I følge Kohut (1977) gir en sunn narsissisme grunnlag for utvikling av empati, humor, kunnskap og grunnlag for et kreativt potensial. De sterke patologiske implikasjoner for hypersensitive (covert) narsissister kan tyde på at høyere skåre på denne dimensjonen svekker og reduserer personlighetsfungering mer enn den viljesterke narsissistiske motpart.

Et velfungerende selv-uttrykk er relatert til sunn narsissisme i arbeidsevne og karriere. Kernberg (1975, 1986) assosierte patologisk narsissisme med kronisk kald, avvisende, men samtidig en styrende og beundrende primær omsorgsperson. Både Kohut (1971, 1977) og Miller (1981) legger vekt på det negative bidrag en empatiløs forelder, som bruker barnet som forelderens eget narsissistiske supply og tilfredsstillelse.

Ihht Block (1971) ble dominerende narsissistiske kvinner (overt) konfrontert i sin barndom med en nevrotisk mor og synes å finne styrke til sin identifikasjon hos en ekstrovert og utagerende far.

MacKinnon (1962) viste til Rank (1945) når han tilkjennegav at **foreldre som respekterte sine barn ville gjøre det enklere for barna å bearbeide konflikten mellom sin egen vilje og foreldrenes vilje, dvs. å utvikle en sunn narsissisme.** Og i bunn og grunn handler narsissisme om indre konflikthåndtering i selvets daglige fungering. **Helson (1985) tilskrev det kreative potensial i en sunn narsissisme, delvis som kvinnens evne til å skille mellom seg selv og foreldrenes autoritet.**

Wink (1992) viste i sin undersøkelse at hypersensitive kvinner fra 21 til 27 års alder fikk sin evne til sosialisering redusert, samtidig økte deres fiendtlighet og deres sårbarhet. Fra 27 til 43 års alder ble det observert redusert ansvarlighet og normforståelse. En økt selvsentrerthet og et tiltagende dårlig humør. Fra alderen

21 til 43 var reduksjonen i ansvarlighet og sosialisering signifikante. I tillegg ble det registrert redusert følelse av velvære, noe som indikerte økt pessimisme og bekymring om helse og fremtiden. Dette er helt i tråd med det som ble registrert ved MMPI test av en covert narsissistisk personlighet slik de er beskrevet av Fardal (2006), der de forhøyede skalaer var 1,2 og skala 3, som nettopp gir denne beskrivelse.

I sterk kontrast til den hypersensitive viste den viljesterke narsissistisk personlighet, en stigende forbedring i aldersperioden 21 til 27. Deres fungering økte på flere sosiale områder, som dominans, sosialitet, selvaksept og uavhengighet. I aldersperioden 27-43 ble det registrert en reduksjon i personlighetsfungering.

Mellom 21 og 27 viste den uavhengige narsissistiske personlighet økt personlighetsfungering og redusert empati og sosialisering, noe som indikerte større interesse i menneskelige motiver, men også en økt følelse av mistriksel med selvet (Gough, 1987). Fra 27 til 43 ble det her målt en økning på dominans og uavhengighetskalaene, større modenhet og bedømmningsevne og en generelt høyere evne til sosial fungering. I tillegg viste en økt evne til fleksibilitet en økt tendens til å bli mer privat og stabil.

Wing (1992) viste at hypersensitive narsissistiske kvinner i materialet skåret lavere på bare 2 skalaer ved 21 års alder, 6 skalaer ved 27 års alder og 13 skalaer ved 43 års alder. Ved 43 års alder et disse kvinner mer kyniske og styrt av impulsivitet (lav ansvarlighet, sosialisering, dårlig selvkontroll og en lav følelse av velvære) og en redusert evne til å ordne sine liv samt forstå seg selv og andre.

I hele denne aldersaspektet skårer de hypersensitive lavere på empati og effektiv fungering enn begge de andre narsissistiske typer. Den viljesterke narsissistiske gruppe skåret gjennomgående lavere enn begge de andre grupper på selvkontroll og var ved 21 års alder mer selvsenterte og utagerende enn de andre grupper. Etter hvert skårer disse høyere når de nærmer seg 43 års alder. Ved denne alder er de mer utsatt for humørsvingninger og fremviste en lavere selvkontroll.

Den uavhengige gruppen skåret gjennomgående høyere på toleranse, på prestasjon via individualitet og intellektuell effektivitet, noe som indikerte større resurser og økt forståelse av andre (empati). Bare denne gruppen (uavhengige) var assosiert med suksessfullt arbeid og karriere gjennom den første halvdel av det voksne liv.

En nærmere analyse av den hypersensitive gruppen kontakt med sine foreldre i barndommen indikerte en følelse av usikkerhet og misstillit mot deres mor. Begge foreldre syntes å mangle den varme og omsorg og den viljesterke gruppen var assosiert med spenning og avsky mot sin mor, og av å være stolt av sin far.

Den hypersensitive gruppen var karakterisert ved at aktiviteter i barndommen var mislikt og korrelerte ikke med noen av de 37 barndomsaktiviteter som ble undersøkt. Den uavhengige gruppens særpreg var at de var aktivisert på en positiv måte

med en rekke ulike aktiviteter i barndommen som bidro positivt til barnets utvikling og nysgjerrig utforskningstrang.

NPI - HSNS

NPI har vist seg korrelere positivt med mål den teoretisk skal korrelere med.

NPI har også vist seg å korrelere både med observasjon (Emmons, 1984) og trent personells vurdering av narsissisme (Raskin & Terry, 1998). Faktoranalyse utført på denne skala har gjentatte ganger vist faktorer konsistent med den multidimensjonale naturen på narsissistisk personlighetsforstyrrelse og eller patologisk narsissisme (Emmons, 1984, 1987; Raskin & Terry, 1988).

Individer med patologisk narsissisme antas å ha en karakteristisk forsvarsform (grandiositet og omnipotens, idealisering/devaluering av andre, splitting, benekting og projektive identifikasjon) for å beskytte egoet eller følelsen av selvet fra trusler (Glasman, 1986; Kernberg, 1974, 1975; Kohut, 1971; Rinsley, 1989; Ronningstam & Gundersen, 1989). Russo (1991) fant også at NPI korrelerte med umodne forsvarsmekanismer. I sum er det omfattende bevis for reliabilitet og begreps validitet av NPI som et mål for overt narsissisme.

Av de måleinstrumenter som er utviklet for covert narsissisme har, den 10 punkts HSNS, Hypersensitive Narcissism Scale (Hendin og Cheek, 1997) vist seg å være et av de bedre instrument. HSNS er avledet fra Murrays (1938) 20 punkts narsissisme skala. I utvalget av ledd valgte Hendin og Cheek de ledd som best reflekterer covert narsissisme og som ikke kommer så godt frem i NPI. Leddene i HSNS reflekterer klart oversensitivitet og sårbarhet.

Depressive mennesker har en tendens til å tillegge/tillegne feil til indre årsaker. Kernberg (1975) argumenterer for at hos narsissister er selvet og idealselvet dårlig atskilt. De flyter helt eller delvis over i hverandre. I så måte er det interessant å se hvordan den covert narsissist tillegger/projiserer egne feil til andre, til tross for sin depressive adferd og/eller depressive diagnose. Nettopp denne adferden er det som er med på å skille den rene depressive fra den covert narsissist. Begge har depressive trekk, men den sistnevntes adferd er annerledes.

Horowitz (1989) legger til grunn at det grandiose selv-skjema som er så karakteristisk for narsissister har en defensiv forsvars funksjon. Raskin & al. (1991a) har vist at grandiositet mer enn sosial mistilpasning er den forsvarsmessige årsak til narsissisme.

Mens NPI har vist seg å være et godt redskap for den DSM-IV baserte narsissisme, har teoretikere og forskere argumentert for en mer omfattende begrepsforståelse av narsissistiske karaktertrekk. Gabbard (1989), Wink (1991) og Masterson (1990) har begynt å etablere narsistiske typologier som inkluderer det mer covert, sårbare og overfølsomme aspektet ved narsissismen. Dette har skjedd i tillegg til de mer ekstroverte trekk man finner ved overt narsissisme i DSM-IV.

Overt (NPI) / Covert (HSNS) narsissistiske grupper

Under følger en tabell som viser relasjoner mellom de ulike typer narsissisme.

	Lav Overt	Høy Overt
Lav Covert	Lite narsissime	Grandios/Ekshibisjonistisk
Høy Covert	Overfølsom/sårbar	Høy Narsissisme

Diskusjon overt/covert

Resultatene slik de fremkommer over gir ytterligere begreps validitet til forskjellen mellom overt og covert narsissisme. Den overt narsissisme som beskrives i DSM-IV er med sine grandiose og ekshibisjonistiske trekk forskjellig fra den covert narsissisme som fremkommer ved HSNS og som beskrives med hypersensitive og sårbare trekk slik den fremkommer i psykoanalytisk teori og kliniske beskrivelser. Dette har utvilsomt bidratt til, en til nå, fullstendig skjev vurdering av narsissisme ved kliniske vurderinger.

Den hypersensitive, covert utgave har opp gjennom årene ikke blitt diagnostisert, men i steden oversett ved sine ytre "depressive" trekk, som nettopp en form for depresjon. Kliniske tilfeller har imidlertid vært av en slik varighet at det er med en viss undring forfatteren ser leger diagnostisere personer som f.eks. moderat depressive, til tross for at de har en kontinuerlig depresjonshistorikk på mer enn 15-20 år! Dette sammenfaller dårlig med både ICD-10 og DSM-IV diagnostikk.

Forholdet mellom HSNS og covert narsissisme er ikke før i de senere år blitt grundig vurdert. Det som er beskrevet over støtter det kliniske bildet om at høy grad av covert narsissisme fremviser til dels alvorlig personlighets-fungering der individet fremviser mer pessimistisk, eksternt og personlig ukontrollerbare attribusjoner ovenfor hverdagens positive hendelser. Denne attribusjon av å ha mindre personlig kontroll for daglige positive hendelser fremstår i sterk kontrast til den mer kontroll de tilsynelatende fremviser når de minnes tidligere positive hendelser. Den inkongruens mellom tidligere, og dag-til-dag hendelser er interessant og spennende. Ikke minst er denne divergens også interessant sett opp imot den splitting vi finner hos covert narsissister når de kommer med til dels motstridende påstander i et forsøk på å forsvare sitt svake selv.

Når covert narsissister blir bedt om å rapportere sine daglige liv, blir positive opplevelser attribuert til årsaker som ikke er under deres kontroll. Det kan virke som om de ikke evner å se at de selv kan ha bidratt til noe negativt! Forskning viser

gang på gang at et høyt nivå av covert narsissisme linkes til selvrapportert angst og depresjon.

Forskningen slik den er vist til over demonstrerer til fulle både den pessimistiske natur ved hypersensitive/sårbare narsissistiske individer (covert) og den selv-beskyttende natur av grandiositet og ekshibisjonisme vi ser ved den mer overt narsissisme. Fossati & al. (2005) fant også at NPD fra DSM-IV besto av 2 separate uttrykk for narsissisme. En overt og en covert form for narsissisme. De viste også til den kritikk som finnes rundt DSM-IV sin beskrivelse av narsissisme, ved at den også inkluderer 3 trekk (grandios fantasi, misunnelse og behov for beundring) som bedre beskriver den covert type enn den typiske DSM-IV overt type. I deres materiale ble nærmere 60% av deltakerne (N=447) beskrevet å ha minst en eller flere personlighetsforstyrrelser i tillegg. Et annet trekk som Fossati & al. (2005) fant var det nære slektskapet de beskriver mellom passiv aggresjon og NPD. I deres studie ble 2-faktor strukturen i narsissisme godt dokumentert. De anbefalte også som end el andre forskerte at en fremtidig oppgradering av DSM må inneholde diagnostiske beskrivelser av begge de narsissistiske hovedtyper slik de fremtrer som overt og covert.

At mye av den forskning som er beskrevet frem til vår tid ofte bærer preg av å divergere i 2 ulike hovedretninger når det gjelder narsissisme, gir et grunnlag for å forstå hvordan covert og overt narsissisme ikke befinner seg i hvert sitt vakuum, men tvert imot begge befinner seg på en dimensjonell skala der det kan være større eller mindre grad av dem begge to.

Dagens kunnskap om denne lidelsens kompleksitet mellom overt og covert trekk hos narsissister øker også forståelsen av andre tilgrensende lidelser i akse II i DSM-IV. Mye taler for at narsissismens komplekse struktur og natur kan sees på som selve grunnlaget for en rekke andre lidelser. Svært nær har vi psykopatibegrepet.

Det som synes klart er at en vurdering av en narsissistisk skadet person bare ut fra DSM-IV relaterte NPI, ikke gir et fullgodt bilde av det man kan stå ovenfor i den enkelte person. NPI vurdering alene blir en for enkel vurdering med tanke på de trekk som er beskrevet gjennom HSNS.

Det kan være grunn til å legge merke til Kernbergs's (1975) beskrivelser av narsissister som grandiose, selvsentrente, mangler empati og emosjonelt grunne mennesker. Også Kohuts (1977) beskrivelser av narsissister som diffust sårbare, vagt deprimerte og tomme samt manglende empati og resiliens er av stor viktighet. Som det over er beskrevet er det all grunn til å se om den ulikhet som fremkommer mellom disse teoretikere faktisk kan grunne i det faktum at det var forskjell på pasientgrunnlaget de begge bygget sine teorier på.

Også andre teoretiske og kliniske beskrivelser av den tilsvarende narsissistiske kompleksitet finner vi hos bla. Gabbard's (1989) hypervaktsomme narsissist, Broucek's (1982) dissosiative type og Masterson's (1993) closet narsissist. **Ulike kombinasjoner**

av overt og covert trekk kan forklare den ofte paradoksale fremtoning en del narsissistiske individer fremstår med.

Det er all grunn til å anta at med den variasjonsmulighet et og samme narsissistiske individ kan fremvise, så er det en meget komplisert affære å diagnostisere slike mennesker. En kort samtale sier overhodet intet. Vanlige helsepersonell, leger, psykiatere og psykologer som ikke har dybdekunnskap om denne formen for manipulasjonens mestere kan lett diagnostisere slike individer både som deprimerte og som velfungerende, alt etter hva den enkelte personlighet ser seg mest tjent med i øyeblikket. Jeg vil kort referere hva Holdren (2004,s.117) skriver i den sammenheng :

”..these individuals [are] the least predictable , the most susceptible to situational variables, and the most difficult to diagnose!”

Narsissistenes avhengighet av sine omgivelser er et kjent trekk. En avhengighet som utvilsomt bidrar til en utmattelse med depressive trekk som følge. Røvik (2000) beskriver ved sine kliniske tilfeller også et annet viktig punkt ved den narsissistiske sårede personlighet. Det er personen i bakgrunnen. Svært ofte en mor som på mange måter invaderer den narsissistisk sårede person. Slike mødre styrer sine barn gjennom en kontrollerende adferd lenge etter at deres barn er blitt voksne og gift. Et eksempel er den covert narsissist som i voksen alder, gift og med barn, nærmest ukentlig fikk besøk av sin gamle mor, som styrte vedkommendes liv slik hun i alle år hadde gjort. For å sitere Røvik (2000,s.441) . *”Having a sick mother is like a Holocaust for a child!”*

Ofte er de tydeligste symptomer på en narsissistisk lidelse nettopp depresjon i ulike former. Kjernen i den depressive lidelse er nettopp følelsen av å være mangelfull og verdiløs, som igjen trigger selvkritikk og et nedvurderende syn på egne evner. Tidligere tap og frykt for tap er også utløsende faktorer rundt depresjon. Og med tap menes både reelt tap av omsorgsforeldre i tidlig barnealder, psykologisk tap ved foreldre som ikke er der emosjonelt, og tap av f.eks. ektefelle i voksen alder, enten ved skilsmisse eller død.

Blatt og Zuroff (1992) beskrev at selvkritikk og avhengighet er personlighetstrekk som er knyttet til to ulike typer depresjon. Det samme ble vist av Vaglum og Falkner (1999). I den onde sirkel som her egentlig fremkommer ligger det i bunn en faktor av emosjonell tilknytning til en annen person. Svikter denne, synes hele spekteret av narsissistiske trekk å åpenbare seg. Røvik (2000,s.446) beskriver likeledes de tette forbindelser mellom avhengighet av andre og den narsissistiske lidelse, noe som observeres i en rekke slike kliniske settinger. Man skal også være oppmerksom på at det en narsissistisk såret person forteller ikke nødvendigvis er sannheten, men en del av et større skuespill styrt av vedkommendes forsvarsmekanismer.

De kvinner som skåret høyt på hypersensitivitet (covert) rundt 40 års alder, fremviser en synkende personlighetsfungering i forhold til hvordan de var i 20 års alderen. Fra 21

til 27 ble de hypersensitive kvinner, Wink (1992), mer sårbare og fremmedgjorte. Fra 27 til 43 ble de mindre tilpasset, selvcentrerte, pessimistiske og humørsyke. Dette mønsteret er hva Kernberg (1980, 1986) forutså for de mer patologiske former for narsissisme i voksen alder. De hypersensitive i Winks undersøkelse fant det svært vanskelig å forfølge en arbeidskarriere eller etablere eller ha omsorgen for en familie. Også dette er et typisk trekk ved en rekke kliniske tilfeller, der f.eks. mødre med barn kun evner å fungere om de har et stort støtteapparat rundt seg.

Dokumentasjon på vår tidlige barn/foreldre relasjon øker vår forståelse av de vansker de hypersensitive covert narsissister har i sitt voksne liv. Allerede i ungdomskolealder finnes det bevis på den kritikkfylte holdning til deres mor og manglende tilfredsstillelse i barnets aktiviteter. Morens egne personlighetstrekk indikerer en ukonvensjonell, misstrivsel og manglende bekymring for andre. I sum kan vi si at det ikke fantes noen positive aktiviteter eller påvirkninger som kunne veiledet de senere hypersensitive til et resilient og sammenhengende selv. De var under et konstant psykisk press som i beste fall må karakteriseres som stress. For små barn er vedvarende stress en høy risikofaktor slik vi ser hvordan stresshormonet kortisol kan virke inn på hippokampus (Schacter, 2000; Squire, 1992) gjennom kretsløpet i HPA-aksen (Hypothalamus-Pituitary-Adrenal – aksen).

Både de viljesterke og de hypersensitive hadde et problematisk forhold til sine mødre, men viljesterke hadde i tillegg et tilsynelatende godt forhold til sin far. Dette er det samme som Block (1971) fant i sin studie. Wink (1992), viser at tilstedeværelsen av positive og kreative opplevelser for barnet og en identifisering med faren er med på å forebygge alvorlig psykopatologi. Dette kan være viktige brikker i det som skiller en alvorlig dysfunksjonell utvikling fra en mindre alvorlig personlighetsfungering.

I motsetning til hypersensitivitet (covert) og viljesterke (overt), var de uavhengige ikke korrelert med ugunstige karakteristikk. Som forskning viser ved viljesterke, er en måte for kvinner å utvikle en narsissistisk personlighetstruktur, gjennom en identifikasjon med en narsissistisk far. Slik enkelte fagfolk har beskrevet, tyder mye på at sammenbruddet og bortfallet av tradisjonelle feminine strukturer, roller og forventninger bidrar til problemene for hypersensitive kvinner, hvis problem inkluderer behovet for stabile strukturer i sin hverdag.

Det kan være grunn til å merke seg relasjonen mellom depresjon og covert narsissisme. Depressive trekk kan være lettere å "akseptere" enn de covert narsissistiske trekk. Likeledes er de lettere å diagnostisere. De tette relasjoner mellom disse to diagnostiske syndromer er først i de senere år kommet i et bevist søkelys. Dette er vesentlig kunnskap det kan være viktig å forholde seg til, for eksempel på grunn av barn av narsissistiske personligheter. Narsissistiske mennesker har ingen evne til å gi barn den emosjonelle ballast barn har behov for til en normal utvikling.

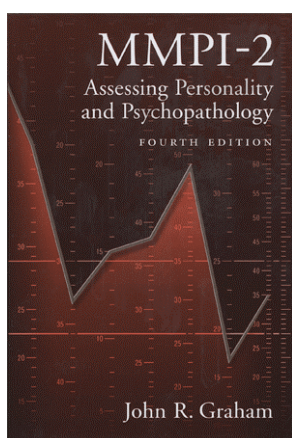
MMPI-2 i relasjon til covert narsissisme

MMPI-2 skalaen (Minnesota Multi Personality Inventory) er et psykologisk verktøy/spørreskjema på ca. 550 spørsmål, som benyttes i forbindelse med kartlegging av personlighetsfungering. I denne sammenheng er det interessant å se hvordan en høy skåre ($T > 70$) på skala 1 Hs (Hypochondriasis), skala 2 D (Depresjon) og skala 3 Hy (Hysteria) har betydning for en narsissistisk personlighetsfungering.

For å få en forståelse av sammenhengen mellom disse tre skalaer og narsissisme, vil jeg referere de trekk litteratur angir som er typiske for beskrivelsene av de ulike skalaer.

Følgende 6 bøker er gjennomgått :

Graham, J.R. (2006) MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology



Skala 1 Hypokondriasis – Hypokondre trekk

s.67-68 Moderat høy skåre er forbundet med angst og depressive forstyrrelser. De med høy skåre gies ofte resept for antidepressiver.

Høy skåre ($T > 60$) fremviser et meget karakteristisk sett av personlighetstrekk. De er gjerne egoistiske, egosentrerte og **narsissistiske**. Deres livsyn er **pesimistisk, taperpreget og kynisk**. De er gjerne **missfornøyde og triste** og får gjerne personer i sine omgivelser til å føle seg ulykkelige. De klager på mye, er krevende ovenfor andre og er veldig kritiske på hva andre gjør. De uttrykker **fiendtlighet** på indirekte måter. De beskrives som **kjedelige, lite entusiastiske, uambisiøse og har vanskeligheter med språklige uttrykksformer**.

Problemer er av mer kronisk art enn av kortvarig art. De **mangler innsikt** i årsakene til sine somatiske symptomer og motsetter seg psykologiske undersøkelser.

Høytskårende på skala 1 fremviser:

1. har betydelige kroppsbekymringer

2. kan ha overgangsforstyrrelser (spesielt om $T > 80$, skala 3 er forhøyet)
3. kan ha somatiske illusjoner
4. beskriver somatiske plager
5. klager på kronisk tretthet, mangel på energi, tretthet og søvnforstyrrelser
6. er opptatt av helseproblemer og kan utvikle fysiske symptomer ved respons til stress
7. hvis medisinsk pasient, kan utvikle en sterk psykologisk komponent til sin sykdom
- 8. er ofte diagnostisert med smerte, depressive eller angst forstyrrelser**
9. gies ofte resept på antidepressiver
10. er vanligvis lite antisosialt utagerende
11. fremstår egositiske, selvsentrerte og narsissistiske
12. har et pesimistisk, taperaktig, kynisk syn på livet
13. er triste og missfornøyde
14. gjør andre missfornøyde
15. klager ofte og mye
16. kommuniserer på en sutrende måte
17. er krevende og kritisk til andre
- 18. fremviser fiendtlighet indirekte**
19. beskrives som kjedelig, uentusiastiske og uambisiøse
20. har vansker med muntlige uttrykksformer
21. kan skjule tegn på inkompetanse og udugelighet
22. synes å fungere på et lavt effektivitetsnivå i lang tid
23. ser seg selv som psykisk syke og søker medisinsk behandling
24. mangler insikt og unngår psykologiske vurderinger
25. er dårlige kandidater for psykoterapi eller rådgivning
26. er kritiske til terapeuter
27. kan avslutte behandling når terapeuten antyder psykologiske årsaker for symptomer

Skala 2 Depresjon

s.68-71 De primære karakteristikkene er symptomatisk **depresjon, lav moral, manglende håp for fremtiden og generelt misfornøyd med sin egen situasjon. Manglende interesse for sine omgivelser, somatiske plager, bekymringer og spenninger, benekter fiendtlige impulser og vansker med å kontrollere sine egen tankeprosesser.** Forhøyede verdier på denne skala tilsier klinisk depresjon.

Høytskårende på skala 2, ($T > 60$) viser ofte depressive symptomer. De føler **håpløshet og er pesimistiske med tanke på fremtiden** og på egen forbedring. Følelse av verdiforringelse og skyldfølelser er vanlige. **Søvnforstyrrelser, dårlig konsentrasjonsevne** og frykt er typiske følelser disse personer sliter med. De beskrives som irritable. Høytskårende føler seg **usikre og fremviser en markant mangel på selvtillit.** De gir opp lett når de utsettes for stress. De kommer til kort i jobbsammenheng. Høytskårende beskrives som **introverte, sky, tilbaketrukkne,**

engstelige, reserveerte. De kan føle at andre ikke bryr seg om dem og de blir lett følelsesmessig såret. De har en sterkt begrenset aktivitetsinteresse. De er lite kreative i sin problemløsning. Høytskårende ($T > 60$) kan ha store **problemer med å fatte selv de enkleste beslutninger**, og de føler seg overveldet av større livsbeslutninger som ferie og giftemål. De er meget **overkontrollerende** og benekter sine egne impulser.

1. fremviser depressive symptomer
2. føler seg depressive, triste, ulykkelige
3. føler håpløshet og pesimisme for fremtiden
4. snakker om å begå selvmord
5. fremviser følelser av selv-nedvurdering og skyld
6. opplever anhedonia
7. manglende energi, kan nekte å snakke og viser psykomotorisk retardasjon
- 8. er ofte gitt depressive diagnoser**
9. beskriver fysiske plager, søvnforstyrrelser, svakhet og slapphet
10. er agiterende, tense og fryktfull
11. har dårlig konsentrasjon
12. beskrives som irritable og med tendens til å bekymre seg og være sur/sint
13. har usunne spisevaner
14. kan ha en følelse av at noe negativt vil skje dem
15. føler seg usikre og mangler tro på seg selv
16. føler seg til ingen nytte og klarer ikke fungere
17. har ikke sterk motivasjon til å gjøre noe
18. opptrer hjelpeløst og gir lett opp
19. har tapsfølelser på arbeid og skole
20. har en livstil dominert av tilbaketrukkethet og manglende involvering med andre mennesker
21. er introverte, sky, tilbaketrukne og hemelighetsfulle
22. er fjerne og opprettholder psykologisk avstand til andre mennesker
23. kan føle at andre ikke bryr seg om dem
24. får sine følelser lett såret
25. har begrensede interesser
26. kan trekke seg fra aktiviteter de tidligere deltok i
27. er forsiktige og lite kreative i problemløsning
28. har vansker med å fatte beslutninger
29. føler seg overveldet av viktige livsbeslutninger
30. er overkontrollerende og benekter egne impulser
31. unngår ubehagelighet
32. grunnet personlig stress kan de være motiverte for psykoterapi
33. høytskårende kan ha for dårlig energi til å delta i terapi
34. kan avslutte behandling for tidlig når umiddelbare kriser oppstår.

Skala 3 Hysteria

s.71-73 Skalaen var utviklet for å avsløre pasienter som hadde hysteriske reaksjoner til stressituasjoner. Det hysteriske syndrom karakteriseres av ufrivillig psykogent (sjelelig betinget) tap eller forstyrrelse ved fungering. Høytstkående reagerer på stress med fysiske symptomer. Under stress kan symptomene oppstå plutselig og forsvinner like plutselig som de kom når stresset reduseres.

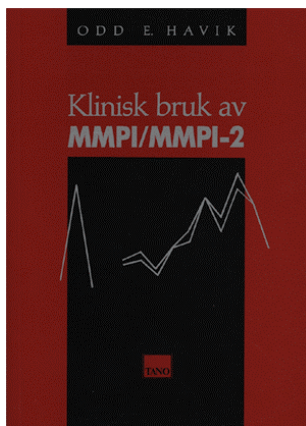
Fremviser følelser av **tristhet, depresjon og angst**. **Søvnproblemer** er typisk for denne gruppen. De fremviser en markant **manglende innsikt i egen fungering og årsak til sine problemer**. Høytstkående er ofte beskrevet som **umodne psykologisk og til tider barnslige eller baby-aktige**. **De er ganske selvcentrerte, narsissistiske og egosentriske og forventer mye oppmerksomhet fra andre**. **De benytter ofte indirekte og skjulte metoder for å få oppmerksomhet**. Når andre ikke reagerer som forventet føler de seg **sinte og bitre**, følelser som oftest benektes og ikke uttrykt åpent eller direkte.

Deres mellommenneskelige adferd er **kunstig og umoden**. De synes å ha **interesse i andre bare ut i fra hvilken nytteverdi andre har for dem**. De mangler innsikt i årsak til egen adferd og motsetter seg psykologiske forklaringer på dette. I terapi kan de ofte diskutere bekymringer vedr. skole, arbeid, ekteskaplig ulykke, manglende aksept i sin sosiale tilhørighet og problemer med autoritetsfigurer.

1. ofte følelser av å bli overveldet
2. reagerer på stress og unngår ansvar ved å utvikle psykiske symptomer
3. beskriver hodepine, mage problemer, bryst smerte, svakhet
4. har symptomer som kan komme og gå fort
5. opplever typisk ikke akutt emosjonell kaos
6. beskriver følelser av tristhet, depresjon og angst
7. beskriver manglende initiativ, føler seg utslitt og søvnforstyrrelser
8. får til tider konverterings forstyrrelser, somatiske forstyrrelser eller smerte forstyrrelser
9. blir ofte gitt antidepressiver
10. mangler innsikt i underliggende årsak til symptomer
11. viser liten innsikt i egne motiver og følelser
12. beskrives ofte som psykologisk umodne, barnslige og babyaktige
- 13. er selvcentrerte, narsissistiske og egosentriske**
14. forventer mye oppmerksomhet og følelsesmessig innvolvering fra andre
- 15. bruker indirekte midler for å oppnå oppmerksomhet og følelser**
16. blir sinte når de ikke får nok oppmerksomhet fra andre
- 17. viser ikke negative følelser åpent for andre**
18. i kliniske settinger mer mellommenneskelig innvolvert enn andre
19. fremviser en kunstig og umoden adferd i mellommenneskelige forhold
- 20. er interesert i andre primært ut i fra hva de kan få fra andre**
21. grunner behov for aksept og følelser kan de til å begynne med være svært entusiastiske vedr. behandling
22. ser seg selv som å ha medisinske problemer og vil ha medisinsk behandling
- 23. har vanskelig for å få innsikt i egne underliggende årsaker for sin adferd**

- 24. er meget imot psykologiske fortolkninger
- 25. kan avslutte behandling før tiden hvis terapeut fokuserer på psykologiske årsaker
- 26. Kan være villig til å snakke om problemer så lenge de ikke knyttes mot sine psykiske symptomer
- 27. Responderer ofte godt til direkte råd og forslag
- 28. Involvert i behandling, kan diskutere feil på arbeid og skole, ekteskapelige problemer, mangelfulle aksept, eller problemer med autoritetsfigurer

Havik, E. Odd (1993) klinisk bruk av MMPI-2



s.47 De korrelater som er beskrevet fra hver skala representerer *typiske* egenskaper innen en *gruppe* individer. Man kan derfor ikke vente at alle egenskaper skal ha gyldighet for en bestemt MMPI-profil.

s.48 Når man tolker og analyserer MMPI skalaene er det nødvendig å ta hensyn til pasientens alder, kjønn, utdanning og sosioøkonomiske status. Disse faktorer kan påvirke høyden på MMPI skalaene og man vil legge mindre vekt på en høy eller lav skalaverdi når denne også kan skyldes andre forhold enn pasientens personlighet og symptombylde.

Skala 1. Hs, Hypochondriasis

s.70-73 Skalaen ble utformet for å beskrive en nevrotisk opptatthet av kroppsfunksjoner.

Høy skåre.

Personer med høy skåre på skala 1 (Hs) (T-skår >70) er beskrevet som **misfornøyde, selvopptatte, selvsentrerte og krevende**. Ofte vil man finne **vansker med selvhevdelse i mellommenneskelige forhold, samt at aggresjon og fiendtlighet ikke blir uttrykt direkte**. Det kan ha sammenheng med **manglende sosiale ferdigheter**, autoritetsavhengighet eller passivaggersive trekk.

De somatiske plagene kan brukes for å kontrollere andre, og som sådan være del av det passiv aggersive mønsteret.

Personer med høy skåre vil vanligvis være uinteressert i å utforske psykologiske årsaker til presenterte problemene, og **har liten innsikt i eget følelsesliv. Direkte påpekninger og fortolkninger kan føre til at vedkommende føler seg missforstått eller urimelig behandlet, og trekker seg ut av et aktivt behandlingsopplegg**.

Greene (1980) mener at høy skåre på skala 1 (Hs) er forbundet med dårlig prognose.

Forekomst av somatisk sykdom vil imidlertid vanligvis ikke føre til at skala 1 (Hs) får en høy skåre. Ved **alvorlige somatiske lidelser** vil man derimot kunne finne en **økning i skala 2 (D)**.

Skala 2 Depresjon (D)

s.74-75 Leddene angir forhold som **lav selvfølelse, apati, bekymring, mistro til fremtiden, somatiske bekymringer, samt motorisk retardasjon**. Som en tommelfinger regel kan man si at en høy skåre på skala 2 (D) kombinert med skala 1 (Hs) og/eller 3(Hy) tyder på psykosomatiske plager og maskert depresjon.

Høy skåre

Pasienter med høy skåre på skala 2 (D) vil ofte ha vansker med å treffe avgjørelser og er sårbare når de er stilt ovenfor viktige valg slik som yrke, skole, ekteskap mm. De er vanligvis beskrevet som overkontrollerte og ikke aggressive, men kan lett bli irritable pga. skyldfølelse og lav selvfølelse.

Skala 3 Hysteria (Hy)

s.76-78 Ledd som viser at man betrakter seg selv som fri for personlige og interpersonlige problemer og vansker.

En leddgruppe reflekterer tristhet og fravær av livsglede.

Høy skåre

Pasienter med høy skåre på skala 3 (Hy) reagerer vanligvis på belastninger og konflikter med psykosomatiske symptomer og somatiske plager.

Manglende innsikt egne emosjonelle reaksjoner og i mulige årsaker til egen problemer er et karakteristisk trekk ved pasienter som har høy skåre på skala 3 (Hy). Dette har sammenheng med at **fortrengende og benektende forsvarsmekanismer dominerer**. Mellomenneskelige forhold vil være dominert av akseptering-avvisning og avhengighet-selvstendighet. **Disse konflikter kan ofte føres tilbake til en opplevelse av avvisning eller manglende omsorg fra egne foreldre**. Ved høy skåre vil man ofte finne sterke med ikke anerkjente, **behov for omsorg og støtte**. Avhengigheten av andre fører

vanligvis til vansker med direkte selvhevdelse, konfronterende situasjoner som omfatter sinne eller selvhevdelse vil være angstprovoserende.

Ved høy skåre på skala 3 (Hy) kan de fokale (?) symptomer ha markante innslag av sekundærgevinst, enten for å oppnå omsorg eller for å gi indirekte uttrykk for aggresjon. I perioder med liten belastning og rimelig grad av omsorg og støtte vil pasienter med høy skåre være relativt symptomfri og ha en god sosial funksjonsevne.

Skalakonfigurasjoner - Topunktskoder

s.98-99 Skala 1 (Hs) og 3 (Hy), typisk forsvar er fortrenkning, benekting og idyllisering. Hvis skala 1 (Hs) er høyere enn skala 3 (Hy), vil man finne mer vage somatiske plager, kombinert med en pessimistisk og bitter holdning.

1-2/2-1

s.116-117 I sosiale situasjoner er de sky og **introverte**. Når de ikke får oppmerksomhet og omsorg, regerer de vanligvis med skuffelse eller indirekte fiendtlighet.

1-3/3-1

s.119 Individer med 1-3/3-1 kode er beskrevet som **umodne og egosentriske**.

2-3/3-2

s.124 Parforhold er preget av **vansker med nærhet og gjensidighet, og seksuelle samlivsproblemer er ikke uvanlige**. Aggresjonen rettes ofte mot selvet, og man finner følelser av mindreverd, usikkerhet og hjeleløshet som en konsekvens av dette. I mellommenneskelige forhold vil personer med denne koden vanligvis søke støtte, omsorg og respekt, noe som lett gjør at de påtar seg ansvar og forpliktelser for å få andres anerkjennelse. Ansvar vekker imidlertid prestasjonsangst, og man vil derfor finne at dette er mennesker som vanligvis unnviker åpne konkuransesituasjoner.

s.125 **Kvinner med 2-3/3-2 kode klager vanligvis over tretthet, manglende overskudd og depresjon. De er ofte ulykkelige i sine ekteskap. Hvis skala 5 (Mf) og/eller skala 9 (Ma) er lav (T-skåre<45) vil man ofte finne en lang forhistorie med ekteskaps- og familievansker.**

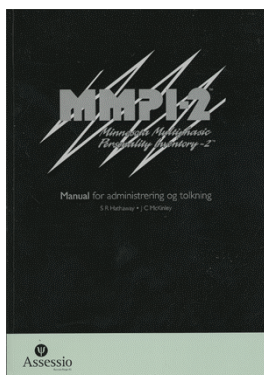
s.178 Som en hovedregel vil skala 1 (Hs), 2 (D), og 3 (Hy) fange opp nevrosepatologi.

s.188 Passivitet og ønske om komplementære relasjoner hvor man har sikker tilgang på hjelp og forståelse : Skala 1 (Hs), skala 3 (Hy) og skala 2 (D) > 70.

s.196 *Når det gjelder bruk av MMPI i sakkyndigeutalelser angående vurdering av omsorgsevne i barnefordelingsaker, bør man utvise den største forsiktighet og tilbakeholdenhet.*

Man bør være forsiktig med å benytte vanlige tolkninger både av validitetskalaene og av de kliniske skalaene. Man bør være ytterst reservert med hensyn til bruk av MMPI i barnefordelingsaker.

Hataway, S.R. & al. (1989) MMPI-2, Manual for administrering og tolking



Skala 1 Hs (Hypokondri)

s.107 Høy skåre :

Overdreven reaksjon på alle faktiske problemer

Ekstrem selvsentrering og egoisme

Bitter, kynisk, krevende

Oppgitt holdning, pessemistisk

Overdrivelse av fysiske problemer

Varierende, flerfoldige vansker

Skala 2 D (Depresjon)

s.108 Høy skåre:

Tilbakeholden, blyg, unnvikende, trist

Mangler energi, kan ikke konsentrere seg, fysiske plager, søvnproblemer
 Selvreduserende, dårlig selvbilde, følelse av utilstrekkelighet
 Plager, engstelig, ulykkelig, dysforisk

Skala 3, (Hy) Hysteri

s.109 Høy skåre:

Benytter fornektelse og dissosiasjon

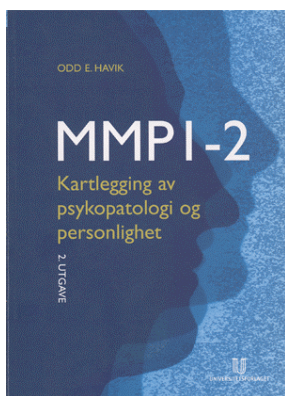
Spesifikke funksjonelle symptomer og problemer

Naiv, dårlig selvinsikt

Krevende histrionisk

Flørtende

Havik, E. Odd (2003) MMPI-2 Kartlegging av psykopatologi og personlighet



Skala 1 Hs, Hypokondriasis

s.76 De symptomene og personlighetstrekkene som denne skalaen dekker kan forekomme i forskjellige diagnostiske grupper.

s.77 Skalaen ble utformet for å beskrive en nevrotisk opptatthet av kroppsfunksjoner.

Høy skåre

Personer med høy skåre blir beskrevet som missfornøyde, selvsentrerte og krevende.

Vansker med direkte og tydelig selvhevdelse i mellommenneskelige forhold er vanlige, samt at aggresjon og sinne ikke blir uttrykt direkte. Dette kan ha sammenheng med manglende sosiale ferdigheter, autoritetsavhengighet eller passiv-aggressive trekk. **De somatiske plagene kan brukes til å kontrollere andre og være en del av det passiv aggressive mønster.**

s.78 De er mindre interesert i å utforske psykologiske årsaker til de presenterte problemene og de har også liten innsikt i sitt følelsesliv.

Ved høy skåre på skala 1 (Hs) er **emosjonelle og mellommenneskelige problemer ofte kanalisert gjennom somatiske reaksjoner og plager**. Greene (1980) mener at høy skåre på skala 1 er forbundet med dårlig prognose.

Skala 2, D depresjon

s.79 Innholdet i leggende dekker **lav selvfølelse, apati, pessimisme, somatiske bekymringer og motorisk retardasjon**.

Som en hovedregel vil høy skåre på skala 2 (D) kombinert med skala 1 (Hs) og/eller skala 3 (Hy) tyde på psykosomatiske plager og maskert depresjon.

Skyldfølelse, mindreverdsfølelse, prestasjonsangst og redusert personlig yteevne vil være typiske trekk.

Hvis skala 2 (D) er hevet samen med skala 4 (Pd), 6 (Pa) eller 9(Ma) vil de depressive symptomene vanligvis være knyttet til en opplevelse av ytre belastninger, som familiekonflikter, arbeidsproblemer, autoritetskonflikter og alkoholproblemer.

s.80 Pasienter med en høy skåre på skala 2 (D) vil ofte ha **vansker med å treffe avgjørelser og er sårbare når de er stilt ovenfor viktige valg**, som yrke, skole eller parforhold. De er vanligvis beskrevet som overkontrollerte og ikke-aggressive, men kan lett bli irritable på grunn av skyldfølelse og lav selvfølelse.

Skala 3, Hy Hysteria

s.82 **Manglende innsikt i egne emosjonelle reaksjoner og i mulige årsaker til egne problemer er et karakteristisk trekk** ved pasienter som har en høy skåre på skala 3 (Hy). Dette har sammenheng med at **fortrengende og innsnevrende forsvarsmekanismer dominerer**, noe som vil være enda mer fremstående hvis L- og K-skalaen er høy.

Mellommenneskelige forhold vil være dominert av temaene akseptering – avvisning og avhengighet – selvstendighet. Disse konflikter kan ofte føres tilbake til en opplevelse av avvisning eller manglende omsorg fra egne foreldre. Ved høy skåre er det ofte sterke, men ikke anerkjente, behov for omsorg og støtte. Avhengigheten av andre fører vanligvis til vansker med direkte selvhevdelse og konfronterende situasjoner som omfatter sinne eller selvhevdelse kan være angstprovoserende.

s.84 På grunn av aggresjonshemninger vil det vanligvis være sterk motstand mot å utforske egne bidrag til slike vansker.

Det er en økt sansynlighet for manipulerende og interpersonlige strategier og at evne til nærhet, intimitet og empati er redusert.

To og trepunktskoder

1-2/2-1

s. 124 Hvis skala 2 er høyere enn skala 1 (forskjell i T-skåre >5) vil **depresjon, angst og anspenhet** vanligvis være mer fremtredende i helhetsbildet. Denne topunktskoden forekommer vanligvis hos personer som er **kronisk bekymret og engestelige**. I sosiale situasjoner er de sky og introverte. Generelt er interpersonlige forhold preget av pasivitet og avhengighet.

1-3/3-1

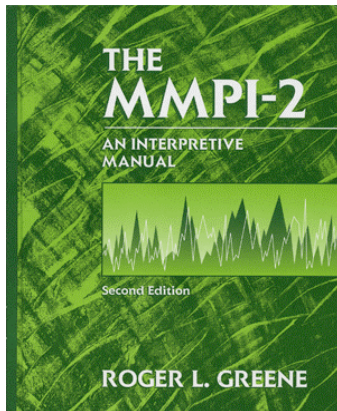
Personer med 1-3/3-1-kode er beskrevet som **umodne og egosentriske**. Reaksjoner på tap og skuffelser er preget av overkontroll og passiv-aggressive mekanismer. Deres omsorg kan få et rigid og aggressivt preg hvis mottakeren ikke er taknemmelige.

2-3/3-2

2-3/3-2- koden er vanligvis forbundet med **sterk overkontroll og vansker med å gi uttrykk for følelser. Parforhold er preget av vansker med nærhet og gjensidighet, og seksuelle samlivsproblemer er ikke uvanlige.**

Kvinner har ofte en historie med par og ektebapsvansker med seksuelle problemer og mangel på seksuell tilfredshet. Fysiske symptomer som hjertebank, svetting, søvnproblemer og vage smerter blir ofte rapportert. De føler seg ofte utslitt og føler at de ikke har overskudd til å mester hverdagslivets oppgaver. Ofte er det grunnleggende tvil om egenverdi. Dette gjør at de er **sårbare for kritikk** og manglende bekreftelse. Ofte et mønster av **fortrengning og overkontroll av emosjoner**.

Greene, R.L. (2000) The MMPI-2, An interpretive manual



s.23 Because only 13 MMPI items were deleted from the standard validity and Clinical scales, the MMPI and the MMPI2 are virtually **identical** on these scales.

Scale 1, Hypochondriasis, (Hs)

s.130 These concerns tend to persist despite all reassurance and negative medical tests to the contrary. Scale 1 is designed to assess a neurotic concern over bodily functioning.

s.131-132 Scale 2 (depression) is more likely to be elevated by actual physical illness than scale 1. If a client with actual physical illness obtains a T score of 65 or higher on scale 1, there are likely to be hypochondrical features in addition to physical condition, and the client is probably trying to **manipulate or control significant others in the environment** with the hypochondrical symptoms. Although the client may vehemently argue that the symptoms reflect legitimate physical concerns, the clinician should **not ignore the elevation on scale 1. The hypochondrical features in these individuals usually are readily apparent despite their protests to the contrary.**

It reflects a long term personality style that is **stable over time** and resistant to change. In addition high scores are described as **pessimistic, sour on life**, and evidencing long-standing personal inadequacy and ineffectualness.

They express their resentment covertly by using physical symptoms to control and manipulate others.

s.133 T score of 65 and above

They are cynical, whiny, demanding of attention and generally negative and pessimistic

Scale 2, depression, (D)

s.133 The 57 items of scale 2 (Depression) measure symptomatic depression, which is a general attitude characterized by **poor morale, lack of hope for the future and general dissatisfaction** with one's own status (Hataway & McKinley, 1942). The major content areas within scale 2 include a lack of interest in activities expressed as general apathy,

physical symptoms such as sleep disturbances and gastrointestinal ailments, excessive sensitivity, and lack of sociability.

s.134 Scale 2 is an index of how comfortable and secure clients feel about themselves and their environment, with higher score indicating dissatisfaction.

S.135 An elevated score on scale 2 reveals that the client is upset and feeling unhappy about something, **the precise source of the distress however, cannot be deduced from scale 2 alone.**

s.136 Suicide risk in such clients is generally considered to be greater than when depression is more demonstrable clinically.

T score of 65 and above

These clients exhibit a general **sadness and depressed** mood either about life or themselves

s.139 They lack energy for coping with problems. They have problems with **attention and concentration.**

Scale 3. Hysteria, (Hy)

s.139 Such persons believe that they are well adjusted and only when they are under stress does their proneness to develop conversion-type symptoms as a mean of resolving conflict and avoiding responsibility appear.

s.140 Clients who scored higher on scale 3 than scale 1 were less obviously neurotic, in fact **they appeared normal psychologically except when under stress.**

10 items are shared with scale 4 (psychopathic Deviate), 8 items with scale 8 (Schizophrenia) and 0 (Social Introversion) and 7 items with scale 7 (Psychastenia).

Using factoranalysis, Comrey (1967c) identified five factors: *poor physical health, shyness, cynicism, headaches and neuroticism.*

s.141 High scores on scale 3 (T score of 65 or higher) are described as **self-centered, immature and infantile. They are demanding of attention and manipulative in interpersonal relationships.** They tend to be uninhibited and outgoing in their social relationships, although they relate with others on a **superficial and immature level.**

Their insensitivity to others and their lack of empathy reflect their egocentric involvement. Their primary defence are denial and repression, and they generally appear to be defensive and overcontrolled.

s.142 Scores of 65 and above

These clients are naive, suggestible, lack insight into their own and others behaviour and deny any psychological problems.

Neurotic triad configurations

Scale 1,2,3.

s.144 **The elevation of these scales increases as the disorder becomes chronic.**

The greater the relative elevation of scales 1 and 3 compared to scale 2, the more severe, longstanding and resistant to change are the client's defence against facing the actual source of distress in his or her life.

As would be expected, they see little if any correlation between their physical symptoms and psychological problems.

s.145 They are described as **dependent and immature.**

Codetypes

1-2/2-1

s.320-228 She is grouchy, **easily frustrated and irritable**. It is rather unusual for her to report that she is depressed despite how she may appear to others. **Criticism or scolding hurts her terribly**. She feels unable to get going and get things done in her life. She has **concentration difficulties**.

She lacks insight into her somatic symptoms and behaviour, often refusing to acknowledge that her symptoms are related to emotional conflict and are used as a means of avoiding her psychological problems.

She is **introverted** and finds it hard to talk when she meets people. **Her family did not find fault with her or object to her friends.**

She does not sleep well or wake up fresh and rested most mornings. She feels tired a good deal of the time, has **little energy, and tires quickly**.

Her prognosis is poor for any form of traditional psychotherapy because of her difficulty in understanding that her problems might have a psychological component.

1-3/3-1

The higher the elevation the more **rigid are her defences**.

She frequently worries about something. She also experiences a very mild level of Dysphoria.

She lacks insight into her own behaviour and is very resistant to interpretations that there could be psychological involvement in the physical symptoms.

Others are likely to experience her physical symptoms as being used in a manipulative or passive-aggressive manner.

2-3/3-2

She frequently worries about something. **She feels inadequate, helpless, and insecure. She is easily hurt by criticism or scolding and has difficulty expressing her feelings. She is overcontrolled and fearful of losing control. She is likely to experience increases in depression, fatigue and physical symptoms in response to stress. She has concentration difficulties and memory problems. She has low self-esteem, lacks self-confidence and is self-doubting.**

She is somewhat **introverted** and does not like loud parties or social events. She feels socially inadequate, avoids social involvements, and presents herself as helpless, immature and dependent.

She has a number of physical and neurologic symptoms.

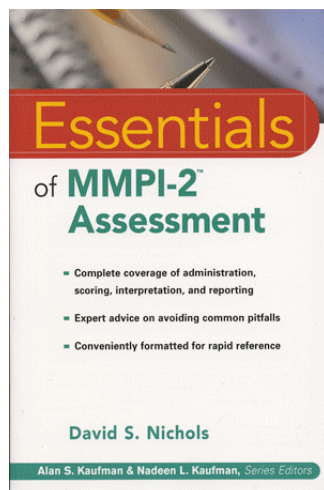
Her prognosis is generally poor because she lacks insight into her own behaviour and sees little chance for significant change in her life.

s.364 Clinician should use a disconfirmatory rather than a confirmatory strategy when integrating various sources of information during the interpretive process.

s.376-377 No hypothesis should be summarily dismissed unless there are absolutely no data to support it.

It is extremely important, at any level of MMPI-2 interpretation, for the clinician to be wary of focusing exclusively on any one feature and consequently ignoring, biasing or misinterpreting the rest of the data. The clinician always has to be willing to entertain **alternate hypotheses** of inferences from the test data. *All too often a novice clinician selects one characteristic or feature as being important and then cannot get away from this perceptual set in interpreting the test data.* Instead, the clinician should acknowledge inconsistencies with the inference being made and consider other inferences that might be better able to fit the data.

Nichols, D.S. (2001) Essentials of MMPI-2 Assessment



Scale 1 : Hypochondriasis

s.86 Insomnia or other sleep difficulties are often mentioned.

s.87 High scores tend to be cheerless, dissatisfied, and somewhat pessimistic or cynical in their outlook. Cognitively they tend to be rather narrow, unimaginative, uncreative, conventional, and **bound by habits and routines**. These patients tend to form longterm, dependent attachment of an extractive kind onto other person, typically a spouse. Their relation with others tend to be limited, utilitarian, and **controlling**, and becoming sullen or whiny when others fail to provide them adequate levels of attention, consideration or service. **Bitter, selfish, self-centered, ungiving, ungrateful and difficult to please.**

s.88 Carson (1969) noted that these patients appear readily to adopt a paranoid posture when pressed. **Denial** of others problems. Projection of selfishness and self-centeredness.

These patients often come from underprivileged backgrounds in which the family of origin was impoverished or subject to economic instability either because of external factors, such as layoffs and periods of unemployment, or internal factors, such as an **absent or alcoholic father**.

Depression is among the typical diagnoses.

Scale 2 : Depression

s.91 Criterion group for scale 2 consist of a general frame of mind characterized by poor morale, lack of hope in the future, and dissatisfaction with the patients own status generally.

s.92 Unhappiness, anxiety and worry, apathy and lethargy, nonimpulsiveness, physical symptoms and low self-esteem.

s.92 Pessimism, poor morale and low self-esteem, complaints and lack of energy for coping with problems. Concerns center around mood, morale and efficiency.

s.95 These patients take little pleasure in events and activities that they formerly enjoyed. Problems with appetite and sleep disturbances are common. They withdraw from normal physical and social activities into silence and self-absorption.

s.96 Intimates and others find them distant **and difficult to reach emotionally, which tend to create stress in the lives of those close to them.**

Scale 3 : Hysteria

s. 100 In fact the range and variety of conversion symptoms are endless, hysteria has been called "the great imitator" for its ability to simulate the signs and symptoms of organic illness.

s.101 Somatic complaints, denial, cynicism and mistrust... and social inadequacy.

s.105 The high Scale 3 scorer may view his or her social conduct as friendly and approving, whereas others see it as superficial and seductive.

s.107 They are also inclined to embellish or fabricate events or experiences, sacrificing truth and accuracy in the hope of greater audience appeal.

s.108 They are often viewed as looking, but not seeing, listening, but not hearing, as if their information processing is hampered by sensory inhibition. In many cases they actively avoid information considered "negative" or potentially upsetting.

As a consequence, despite having broad interests, their actual knowledge within their areas of interest is often thin.

s.109 Relations with others tend to be somewhat superficial and immature.

s.110 **Personality disorders are likely.**

Codetypes

1-2/2-1

Disturbed sleep, passive, dependent, immature and avoidant. Depression, reduced efficiency in work.

1-2-3

Like 2-1/1-2 but with greater chronicity, greater inability to work. May be dependent, passive/submissive.

2-3/3-2

Associated with so called atypical depression/hysteroid dysphoria. Anxiety insecurity, emotional overcontrol and overreactiveness to stress. Problems with memory, concentration and judgement. Feelings of worthlessness, helplessness, hopelessness and inadequacy. Excessive emotional control or constriction. Others find them dependent, immature,

Diskusjon MMPI-2

Når vi ser på hvilke personlighetstrekk som beskrives i de tre skalaene (1) Hs, (2) D og (3) Hy blir det meget tydelig at dette langt på veg er de samme personlighetsmessige fungeringer og beskrivelser av personlighetstrekk som er beskrevet rundt covert narsissist i litteraturen. Dette er interessant, for det gir en pekepinn på at MMPI-2 med disse tre skalaer er et verktøy for å beskrive en covert narsissistisk personlighetsfungering. Nichols (2001,s.110) skriver da også ganske klart om høytstående på skala 3 : “***Personality disorders are likely.***” Graham (2006) beskriver også at de narsissistiske trekk helt klart er synlige i skala 1, Hs. Videre beskrives det ved skala 2 D, den for introverte narsissisten typiske depresjonsadferd. En rekke fagfolk har opp gjennom tidene beskrevet de depressive trekk og adferdsmønstre ved narsissistiske individer. Dette er således ikke noe nytt. Skala 3, Hy viser også narsissistisk betingede trekk slik det er vist over. Samlet er det derfor grunn til å se om ikke det kan være ytterligere behov for forskning på disse tre skalaer i sammenheng med i første rekke covert narsissisme. Kliniske tilfeller har klart vist en slik sammenheng.

De fleste trekk beskrevet i skala 1, 2 og 3 er av negativ, depressiv, sutrende og klagende karakter slik det er vist i trekkoversikt under. De viser en personlighet som er villig til å gå langt i å manipulere sine omgivelser for å redusere de indre spenninger de faktisk opplever i form av angst og uspesifikke mer eller mindre nevrotiske følelser.

Under følger en liste med de trekk som er beskrevet fra angitte litteratur vedr. MMPI. Denne listen inneholder de samme i hovedsak negative personlighetsfungeringer og trekk som er beskrevet over for covert narsissister. Det er logisk å slutte at når de samme personlighetstrekk beskrives ved 2 ulike skåringsverktøy, så beskriver disse skåringsverktøy også langt på veg den samme personlighetsfungering. Uansett vil de bidra til å støtte hverandre.

Man kunne teoretisk anta at de to verktøy kunne beskrive samme trekk men at trekkene hadde ulik årsaksammenheng i de to verktøy. I denne sammenheng er årsak av mindre interesse. Faktisk kan det være mange årsaker til at mennesker blir deprimerte, at de blir manipulerende, løgnaktige, parasittiske, introverte og sensitivt sårbare for kritikk. Årsaken til en adferd forandrer ikke adferden.

Ektepars vurdering

Følgende skala fra Wink (1991), viser resultatet etter at ektefeller hadde bedømt hverandre ut fra narsissistiske trekk. Oversikten viser hvilke trekk som var felles for de to typer narsissisme (overt og covert). Den viser også hvilke trekk og beskrivelser som er spesifikke for den enkelte type. Interessant er det å sammenligne denne oversikt med de beskrivelser som følger under fra MMPI og covert narsissist. Det fremgår da meget tydelig at de trekk som er beskrevet for covert narsissist er gjennomgående i MMPI skalaene 1,2 og 3.

Spouse ACL Correlates of the Two MMPI Narcissism Factors

Adjective	Vulnerability- Sensitivity (V-S)	Grandiosity- Exhibitionism (G-E)
Adjective common to both factors		
Bossy	.27**	.27**
Intolerant	.34**	.20*
Cruel	.26**	.24**
Argumentative	.24**	.25**
Honest	-.17*	-.30**
Opportunistic	.29**	.18**
Rebellious	.26**	.21**
Conceited	.18*	.28**
Arrogant	.23**	.22**
Demanding	.23**	.22**
Temperamental	.26**	.19*
Loud	.19*	.24**
Adjective characteristic of V-S only		
Worrying	.33**	.05
Emotional	.31**	-.02
Defensive	.31**	.12
Anxious	.30**	-.01
Bitter	.30**	.12
Tense	.28**	.07
Complaining	.27**	.12
Mature	-.26**	-.15
Dependent	-.25**	-.11
Contented	-.24**	-.13
Dissatisfied	.24**	-.05
Moody	.23**	.15
Adjective characteristic of G-E only		
Aggressive	.10	.31**
Hardheaded	.07	.31**
Modest	.01	-.27**
Outspoken	.13	.26**
Restless	.12	.26**
Show-off	.00	.25**
Assertive	-.05	.25**
Egotistical	.01	.24**
Determined	-.03	.22**
Evasive	.06	.22**
Impulsive	.11	.22**
Self-centered	.10	.22**

Note. $n = 152$ (76 male and 76 female spouses). ACL = Adjective Check List; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

* $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed.

Liste over personlighetstrekk MMPI

**og fungering av
høytskårende på
MMPI skala (1), (2) og
(3) fra vedlagte MMPi
litteratur.**

Aggresjonshemning (3)
Agiterende (2)
Angst (1)(2)(3)
Anspente (2)
Apati (2)
Autoritetsavhengige (1)
Avhengige (1)(3)
Barnslige (3)
Begrensende (3)
Bekymrede (2)
Benekting (1)(3)
Beslutningsudyktige (2)
Bitterhet (1)
Blyg (2)
Depresjon (1)(2)(3)
Dissosiative (3)
Dysforiske (2)
Dårlig selvbilde (2)
Dårlig selvhevdelse (1)
Dårlig selvinnsikt (1)
Egoistisk (1)
Egosentriske (3)
Emosjonelt fjerne (2)
Empatiløse (3)
Energiløse (2)
Engstelige (2)
Fiendtlige (1)
Fiendtlige impulser (2)
Forføreriske (3)
Fornektende (3)
Fortrengende
Forsv.mek.(3)

Fryktfulle (2)
Fungeringsproblemer (2)
Fysiske plager (2)
Hjelpeløse (2)
Humørsyke
Håpløshet (2)
Imiterende (sykd.) (3)
Indirekte fiendtlighet (1)
Initiativløse (3)
Inkompetanse (1)
Interesseløshet (2)
Intimitetsløse (3)
Introverte (2)
Irritable (2)
Kjedelige (1)
Klagende (1)
Konsentr. vansker (2)
Kontrollerende (1)(2)
Krevende (1)(3)
Kritiske (1)
Kroppsbekymringer (1)
Kunstige (3)
Kyniske (1)(3)
Lav moral (2)
Lav motivasjon (2)
Lav selvfølelse (2)
Lav selvhevdelse (1)(3)
Lav selvinnsikt (1)(3)
Lavt effektivitetsnivå (1)
Lett overveldet (3)
Lite entusiastiske (1)
Lite utagerende (1)
Logiske brister (3)
Løgnaktige (3)
Manglende håp (2)
Mangler livsglede (3)
Mangler selvtilit (2)
Manipulerende (3)
Mindreverdfølelse (2)
Misfornøyde (1)(2)
Mistilpassede (1)(3)
Mistroiske (2)(3)
Naive (1)(3)
Narsissistiske (1)(3)

Negative (1)(2)
Negative obj.følelser (3)
Nevrotiske (3)
Omsorgsbehov (3)
Oppm.søkende (1)(2)(3)
Overflatiske (3)
Overkontroll. (2)(3)
Paranoide ved stress (1)
Parasitterende (3)
Passiv aggressive (1)(3)
Pessimistiske (1)(2)
Plaget (følelse) (2)
Prestasjonsangst (2)
Projeksjon (1)
Selvgode (1)
Selvopptatte (1)
Selvreduserende (2)
Selvsentrerte (1)(3)
Sensitive (kritikk) (3)
Sinte (3)
Sky (2)
Skyldfølelse (2)
Somatiske illusjoner (1)
Somatiske klagende (3)
Somatiske plager (1)(2)
Sosialt introverte (2)
Sutrende (1)
Søvnproblemer (1)(2)(3)
Sårbare (2)
Taperpreget (1)(2)
Tilbaketrukne (2)
Tretthetsfølelse (1)
Tristhet (1)(2)(3)
Uambisiøse (1)
Udugelige (1)
Uentusiastiske (1)
Ukreative (1)(2)
Ulykkelige (2)
Umodne (psykol.) (3)
Unnvikende (2)
Utakknemlige (1)
Utilstrekkl.følelse (2)
Utnyttende (3)

Liste over personlighetstrekk covert narsissisme.

Slik de er beskrevet om covert narsissister i litteratur.

Angstfull
Avhengighet
Benektende
Beslutningsudyktig
Besvarer ikke brev
Bryter incest tabu
Depressive
Dilettantisk
Dyp objektreasjon
Eiertrang
Empatiløse
Estetisk smak primitiv
Ettergivenhet
Fiendtlighet
Forandrer mening
Forsømmelse
Glemsk
Gretten
Hypersensitive
Idealiserende
Introvert
Kjedsomlighet
Kontrollerende
Lav arbeidsevne
Lovovertredelse
Løgnaktighet (patologisk)
Makt
Manglende tiltro til andre
Manipulasjon
Materialistisk livstil
Mindreverdighet
Misstilpasning
Misunnelse (kronisk)
Moralsk relativisme
Nevrotisme

Oppmerksomhetsbehov
Overflatisk
Overskriftkunnskap vanlig
Pessimistiske
Probl. i sosiale sammenhenger
Probl. med generasjonsskille
Projiserende
Raseri
Respektløshet for autoriteter
Rigid
Seksuelle perversjoner
Selv usikkerhet
Selvmotsigende
Sensitive
Skamfølelse
Skjørhet
Sky
Splitting
Sur
Svak selvfølelse
Syting
Sårbar for kritikk
Tilbaketrukne
Tristhet
Ubarmhjertighet
Uforsonlighet
Usikkerhet
Utilstrekkelighet
Vansker i kjærlighet
Vansker med læring
Yrkesfaglige mangler
Ære
Defensiv
Sosial tilbakeholden
Inbilsk

HSNS - The Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS)

HSNS besvares ved å skåre 10 spørsmål på en skala fra 1 (usant) til 5 (sant). Vennligst besvar følgende spørsmål ved å avgjøre i hvilken grad hvert ledd er typisk for dine følelser og adferd. Velg et tall fra 1-5 på skalaen under.

- 1=usant, helt uenig
- 2= utypisk
- 3= nøytral
- 4= typisk
- 5= sant, helt enig

- [] 1. Jeg kan bli helt oppslukt av å tenke på personlige ting, min helse, karriere og mitt forhold til andre.
- [] 2. Jeg blir lett såret av kritikk eller de sårende bemerkninger fra andre.
- [] 3. Når jeg kommer inn i et rom føler jeg meg ofte selvforkuserende og føler at andres ser på meg.
- [] 4. Jeg liker ikke dele æren for egne bragder, med andre.
- [] 5. Jeg føler jeg har nok bekymringer om jeg ikke skal bekymre meg om andre også.
- [] 6. Jeg føler mitt temperament skiller seg fra andre.
- [] 7. Jeg tolker ofte andres bemerkninger på en personlig måte.
- [] 8. Jeg blir ofte opptatt av egne interesser og glemmer andres tilstedeværelse.
- [] 9. Jeg misliker grupper med mindre jeg vet jeg blir akseptert av minst en av de tilstedeværende.
- [] 10. Jeg føler meg brydd når andre mennesker kommer til meg med sine problemer og ber om min tid og sympati.

[Forfatterens oversettelse]

En skåre over 35 regnes som høy skåre og en skåre under 23 regnes som lav skåre. I amerikanske undersøkelser lå studenter på rundt 29.

[HSNS; alpha = .72 for Sample 1 of 109 college women, $M = 28.7$, $SD = 6.2$; alpha = .75 for Sample 2 of 151 college women, $M = 29.7$, $SD = 6.1$; alpha = .62 for Sample 3, 143 college men, $M = 29.3$, $SD = 4.7$. Sample 4 men, $M = 29.8$, $SD = 6.0$, alpha of .76.]

Kilde: Hendin, H.M., & Cheek, J.M. (1997). Assessing Hypersensitive Narcissism: A Re-examination of Murray's Narcissism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599.

Eksplisitt og implisitt selvfølelse

Eksplisitt hukommelse er den beviste del av vår hukommelse. Det vi bevist kan hente inn fra langtidshukommelsen og oppleve i vår bevissthet (Graf & Schacter, 1985). Implisitt hukommelse er den ubeviste del av hukommelsen. Å sykle handler om å ta i bruk implisitt hukommelse. Vi tenker ikke på hvordan vi skal sykle, vi gjør det automatisk når vi først har lært det. Det samme gjelder for en rekke andre kognitive funksjoner. På samme måte reagerer vi implisitt på mange emosjonelle inntrykk vi mottar.

Likeledes snakker vi om **implisitt og eksplisitt selvfølelse**. Selvfølelse er den holdning individet har om seg selv (Rosenberg 1995). Våre følelser er nært knyttet opp mot våre hukommelsessentere gjennom amygdala og hippocampus i hjernen. I denne sammenheng handler implisitt selvfølelse om de automatiske, ukontrollerbare selvfølelser vi har. Likeledes er eksplisitte selvfølelser, de beviste og kontrollerbare selvfølelser vi innehar. Det er når det oppstår uoverenstemmelser mellom de eksplisitte og implisitte selvfølelser at vi opplever patologisk narsissisme. Bosson & al (2007) viste at høy implisitt selvfølelse og lav eksplisitt selvfølelse var forbundet med covert narsissisme. Et menneske i mental ballanse har en likevekt mellom implisitt og eksplisitt selvfølelse. Vår ubeviste selvoppfattelse stemmer overens med de signaler vi får fra omgivelsene på vårt selv. Da snakker vi i beste fall om en sunn narsissisme, der narsissismen står for en kognisjon i ballanse.

Flere forfattere har beskrevet at narsissistisk selvregulering reflekterer individets ønske om å opprettholde et positivt eksplisitt selv bilde i en kamp mot negative implisitte følelser fra en kald, empatiløs omsorgsopplevelse (Kernberg 1975, Kohut 1977, Morf & Rhodewalt 2001). Også andre har studert denne konstelasjonen med høy implisitt og lav eksplisitt selvfølelse (Tracy & Robin, 2003). Den implisitte selvfølelse har personen lært gjennom ubeviste læringsformer som klassisk betinging og priming. Læringen skjer ubevist, kroppen husker, deler av det kognitive apparat husker, men kunnskapen er ikke bevist, den er lært automatisk og forblir et automatisk responsgrunnlag.

Bosson & al (2007) har gjort viktige beskrivelser av covert narsissisme. De fant at covert narsissister hadde høy implisitt selvfølelse men lav eksplisitt selvfølelse og selvfølelsen har sitt utspring i vår hukommelse. Både den beviste og den ubeviste hukommelse bidrar til å forme den vi er. En slik konfigurasjon betyr at individet ser på seg selv som perfekt, mens de ved sin adferd ovenfor andre mennesker i sosiale sammenhenger opplever en tilbakemelding som går den motsatte vei, de kommer til kort, de evner ikke og de får ikke en tilbakemelding som står i stil med den oppblåste, grandiose implisitte selvfølelse de opplever i sin egen kognitive virkelighet. En slik uoverenstemmelse fører nødvendigvis til nedstemthet og depressive trekk. "Jeg tror jeg er noe, men omgivelsene sier jeg ikke er noen"! Tilsvarende er det grunn til å anta at en høy eksplisitt selvfølelse og en lav implisitt selvfølelse vil resultere i den mer overt narsissist. "Jeg har dårlig selvfølelse, men omgivelsene sier jeg er noe"!

Når en covert narsissist opplever å ikke nå opp til den implisitte selvfølelse de ubevist opplever, fører det til en følelse av skam. Små barn som utsettes for en overbeskyttende mor uten at de får mulighet til å bryne seg på virkelighetens utfordringer kan ende opp

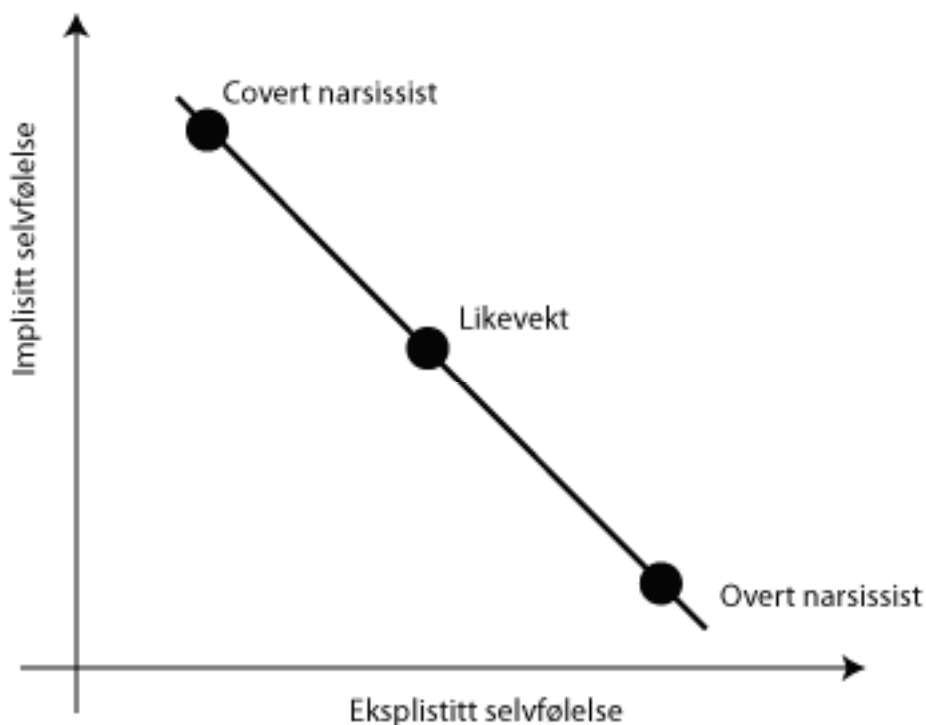
med en oppblåst implisitt selvfølelse. Når de så på egenhånd må ut å ta sine avgjørelser i livets skole, opplever de en virkelighet meget fjern fra den overbeskyttede virkelighet de opplevde under sin mor. Når deres mor så fortsetter å "være der" selv i voksen alder blir det dysfunksjonelle forholdet synlig. For å beskytte seg mot denne skammen, konstruerer disse individer en hybrid stolthet. En type stolthet som er forskjellig fra den mer opparbeidede og grunnleggende stolthet for egen innsatsmengde. Det er her det falske selvet som kommer i aksjon. Det virkelige selvet er undertrykt (Levis 2000, Tracy & Robins 2005), og har aldri fått noen mulighet til å utvikle seg normalt. Den sårbarheten som oppstår i slike dysfunksjonelle adferder fører til den adferd vi finner hos den covert narsissist i form av utnyttelse, selvberettigelse, manipulasjon og løgnaktighet.

For å opprettholde dette falske selvet må individet ikke bare lyve for seg selv, men lyve for sine omgivelser. Løgnen blir en normal del av personligheten, befestet i det falske selvet. De klarer ikke skille mellom virkelighet (sannhet) og fantasi (løgnen). Det eksplisitte selv, er menneskets beviste, kontrollerte og verbaliserte evaluering av selvet, eller individets selv-holdning. Dette i motsetning til det implisitte selv som fremkommer automatisk som en reaksjon på det selvet ubevist oppfatter av stimuli fra omgivelsene. Uoverenstemmelser mellom den implisitte og eksplisitte selvfølelse kan oppstå når de mottar ulike beskjeder eller stimuli. For eksempel vil en avisende holdning fra den primære omsorgsperson føre til utvikling av negative implisitte følelser om individets selv verdi (Bowlby 1969). En slik langvarig negativ påvirkning vil føre til en negativ kognitiv struktur. Om denne personen opplever beviste positive tilbakemeldinger på sin adferd fra omgivelsene vil vedkommende utvikle en positive eksplisitt selv følelse. Denne uoverenstemmelsen av egen selv følelse med et negativt implisitt selv og et positivt eksplisitt selv vil skape problemer.

Vi må videre anta at implisitt selvfølelse utvikles tidligere i livet enn eksplisitt selv følelse. Dette som et resultat av at eksplisitte selvfølelser krever en verbal evne, et språk og bevissthet om sine omgivelser. Dette i motsetning til implisitt selvfølelse som er ubevist og automatisert. Dermed lagres positiv eller negativ implisitt hukommelse i lang tid før eksplisitt hukommelse. Dette medvirker til at implisitte opplevelser fra tidlig barndom, ubevist ligger til grunn både for de senere eksplisitte opplevelser og til eksplisitt hukommelse (Seger, 1994). Den avvikende implisitte selvfølelse vi finner hos covert narsissister kan forklare hvorfor de har vanskelig for å lære ny kunnskap som kunne forandret deres rigide og fastlåste oppfattelse av omgivelsene. Det vanskeliggjør en forandring av adferd når årsaken (implisitt hukommelse) ikke er tilgjengelig for bevist prosessering og med det forandring. Problemet er ofte foreldrenes overdrevne implisitte forventninger som er instruert i personligheten fra tidlig barnealder. Denne implisitte selvfølelsen av grandiositet kjemper hos den covert narsissist mot den ekstremt lave og depresjonslignende eksplisitte hukommelse og selvforståelse. Den implisitte hukommelses tidligere tilstedeværelse bidrar til at den er med på å styre senere eksplisitt hukommelse som lagres. De positive inntrykk som individet mottar under oppvekst vil ubevist veies opp mot individets negative implisitte hukommelse. Man kan her anta at dette kan bidra til at en mer positiv selvforståelse forkastes fordi den strider mot allerede eksisterende negativ implisitt hukommelse individet har fra tidlig barndom.

Jordan (2003) fant at høytskårende på NPI hadde lav implisitt selvfølelse og høy eksplisitt selvfølelse, den typiske overt narsissist. Tilsvarende fant Bossen & al. (2007) at covert narsissisme fremviste høy implisitt selvfølelse og lav eksplisitt selvfølelse. De fant også at covert narsissister beskytter seg mot smertefulle følelser av skam ved å fremstå som tilsynelatende velykkede. Det skjøre falske selvet utad beskytter de underliggende narsissistiske sår (implicit) de ble påført i tidlig barndom.

Figuren under viser en forståelse av overt og covert narsissisme. Jo mer implisitt selvfølelse øker på bekostning av eksplisitt selvfølelse jo nærmere kommer vi den covert narsissist. Likeledes ser vi at jo mer eksplisitt selvfølelse øker på bekostning av implisitt selvfølelse, jo nærmere overt narsissist kommer vi. Når det er kongruens mellom implisitt og eksplisitt selvfølelse har vi et individ i likevekt.



Depresjon og traumer

Siden 1980 har mer enn 300 kliniske undersøkelser og vitenskapelig litteratur vist en meget sterk og overveldende **sammenheng mellom traumer og depresjon**, Whitfield (2003). I ACE-undersøkelsen (Adverse Childhood Experiences) fant man at en stor prosentandel av den medisinske kliniske populasjon rapporterte følgende traumatiske opplevelser fra sin barndom:

1. Levde med en alkoholisert person 25.6%
2. Ble seksuelt misbrukt (overt abuse only) 22.0%
3. Levde med en mentalt syk person 18.8%
4. Så sin mor bli utsatt for vold 12.5%
5. Ble emosjonelt misbrukt 11.1%
6. Ble fysisk misbrukt 10.8%

Flere observatører har lagt til grunn at depresjon ikke er en entydig forstyrrelse. Således er angst en vanlig bestanddel av depresjon og deprimerte har ofte andre kormorbide lidelser i tillegg. Å leve med en deprimert forelder kan også være en traume i seg selv, Whitfielsd (2003,s.30). I en amerikansk undersøkelse (Weismann 2006) bekreftes det **at barn som lever med en deprimert mor har stor sjanse for å bli påført angst og depressive lidelser**. Likeledes viste Williamson & al (2002) at barn av velfungerende foreldre er mindre deprimerte enn barn av deprimerte foreldre. Mojtabai (2005) fant at mødre med en alvorlig angst/depresjonslidelse hadde større sjanse for å ha barn med astma eller andre allergiproblemer. Kim-Cohen (2005) fant i en undersøkelse at barn av deprimerte mødre hadde langt høyere forekomst av antisosial adferd enn barn av friske mødre. Et hundretalls andre undersøkelser viser den samme trenden. Barn av deprimerte foreldre og især der mor har en depressiv eller angstrelatert lidelse, er meget utsatt for å pådra seg psykiske lidelser. Slik kunnskap må sees opp mot barns opplevelser av stress og traumer i tidlig barndom og deres adferd i voksen alder.

Whitfielsd (2003). Fant mer enn 209 studier som knyttet depresjon til en historie med barndomstraumer. Disse studier fant at depresjon var fra 1.9 til 12.2 ganger mer vanlig en det man fant i kontrollgrupper. Whitfielsd beskriver også en rekke andre studier som underbygger relasjonen mellom gjentatte barndomstraumer og senere depresjon.

Brown og Harris fant at mellom 49 til 83% av deprimerte kvinner, tidligere var utsatt for traumer. De fant flere hovedområder som hadde påvirket depresjonen; Lav sosioøkonomisk status, sårbarhetsfaktorer og lav selvfølelse. Deprimerte kvinner syntes å være utsatt for flere av disse og de over nevnte 6 faktorer.

Emosjonell mishandling av barn er også traumatisk og spesielt innen familien med et mentalt sykt medlem. Også tap av en forelder regnes som traumatisk for barn Whitfield (2003,s.63). Slik emosjonell mishandling kan bestå av trusler, erting, gi barna skam- og mindreverdfølelse samt komme med uklare forventninger. Under slike omstendigheter blir barnets virkelige selv utsatt for så stort press at det i rent forsvar splitter fra de deler

av selvet som det ikke klarer å forholde seg til. Resultatet er at det virkelige selvet undertrykkes, mens et falskt forsvarselv tar over. Barnet prøver å vise at det duger, men har i realiteten fått en underlegen personlighet det prøver å hevde seg med. Barns tilknytningsmønster avslører om barnet er trygt eller utrygt. Et trygt barn har levd med en forelder som evner å gi trygghet, vise barnet at forelderen er der for barnet og ikke at barnet er der for forelderen.

Hjerneskode

Om barndomstraumer forårsaker hjerneskode og tilhørende mental sykdom, kan vi si at disse to tilstander er konsekvenser av traumene. Vi kan unngå en del mentale problemer ved å ikke misbruke barn psykisk og fysisk. Whitfield (2003,s.93) beskriver over førti studier som viser signifikant sammenheng mellom barndomstraumer og unormal hjernestruktur, fungering og kjemi. Blant disse hjerneområder er prefrontal cortex (våre tanker og persepsjoner), det limbiske system (vår emosjonelle hjerne) inkludert hippokampus, amygdala og vermis i cerebellum. **Flere forskere beskriver at en alvorlig deprimeret mor kan føre til forsinket utvikling hos barna**, Cogil & al. (1986), O'Hara MV (1997), Eberhard-Gran & al. (2003). Psykiater Fred Holsten (2000) skriver også at *"Vi vet at alvorlig angst eller depresjon hos mor kan ha store konsekvenser for barnet.."* Det er morens mentale helse som bidrar til dette. Det kan være forsinkelser i motorikk, og i mentale evner. **Murray (2004) beskriver også problematikken der en forelder har narsissistisk personlighetsforstyrrelse og at dette umuliggjør problemløsning i familien.**

Når barnet opplever en stressfylt situasjon aktiveres det sympatiske nervesystem automatisk i en "fight og flight" tilstand. Når stresset behandles riktig vil disse sunne hjerneområder modifisere og dempe stress reaksjonen og bringe hjernens kjemiske ballanse tilbake i likevekt. Blir et barn stadig utsatt for stressfulle opplevelser er sjansen for varige skader i hjernen høy. Forskning viser følgende; gjentatte traumer for små barn skader deres prefrontal korteks, corpus callosum (som knytter de to hjernehalvdeler sammen) hippokampus (læring, hukommelse, emosjonell ballanse), amygdala (emosjonelt senter), HPA-aksen (hormonsystem ved stress).

Skades disse deler ved traumer blir hjernen som er symfoniorkester som "tjuner" opp, men som ikke kan spille. Med slike problemer er det ikke rart at traumeofre tar i bruk en rekke psykologiske forsvarsmekanismer for å fungere. Prosjeksjon av egen frustrasjon på andre er typisk i så måte. Det de føler negativt inni seg prøver de å få ut (prosjeksjon) eller benekte.

I tidlig barndom knyttes svært mange koblinger mellom hjerneceller. Traumer forstyrrer denne viktige prosessen. Forstyrrelser i denne fasen fører til alvorlige avvik og neuroproblemer. Nevrologene Michael Weiss og Sheldon Wagner beskriver det slik:

"Much like working on clay, which becomes more difficult as the clay hardens, age and time harden the plasticity of the CNS [sentral nerve systemet]. In some systems (such as seeing and hearing) the clay is hard by the end of the first year. For others

(thinking and speaking), the opportunity to adjust the developmental path persists into later childhood."

Videre konkluderer de slik:

"Infants are born with approximately one hundred billion neurons. This is about all we need to be Einsteins or Beethovens. But what differentiates [them] from a newborn is not the number of neurons, but the connections that these neurons make (the synaptic connections). By adulthood, these neurons branch out to each other to form about one hundred trillion connections. This thousand-fold increase is due almost solely to the effects of experience. Experience not only creates connections, it also prunes connections. . . There are thousands of studies documenting the unequivocal effect of early experience on development. The conclusions from these studies are obvious: deprivation or abuse as early experience leads to less optimal development, and enriched experience can lead to enhanced development."

Grantham-McGregor & al. (2007) beskrev i *Lancet* at hjernen utvikler seg raskt gjennom vekst av aksoner, dendritter, synapser og myelinering. De ulike utviklingstrinn skjer på ulike tidspunkt slik figuren under viser og bygger på og er avhengige av hverandre. Bare små forskyvninger og uro i disse prosesser har langtids konsekvenser og effekter på hjernens struktur og funksjon. Hjernens utvikling påvirkes derfor av omgivelsene. Kvaliteten på omsorg kan produsere varige effekter på hjernens evne til å fungere ovenfor stress, angst og hukommelsesfunksjoner.

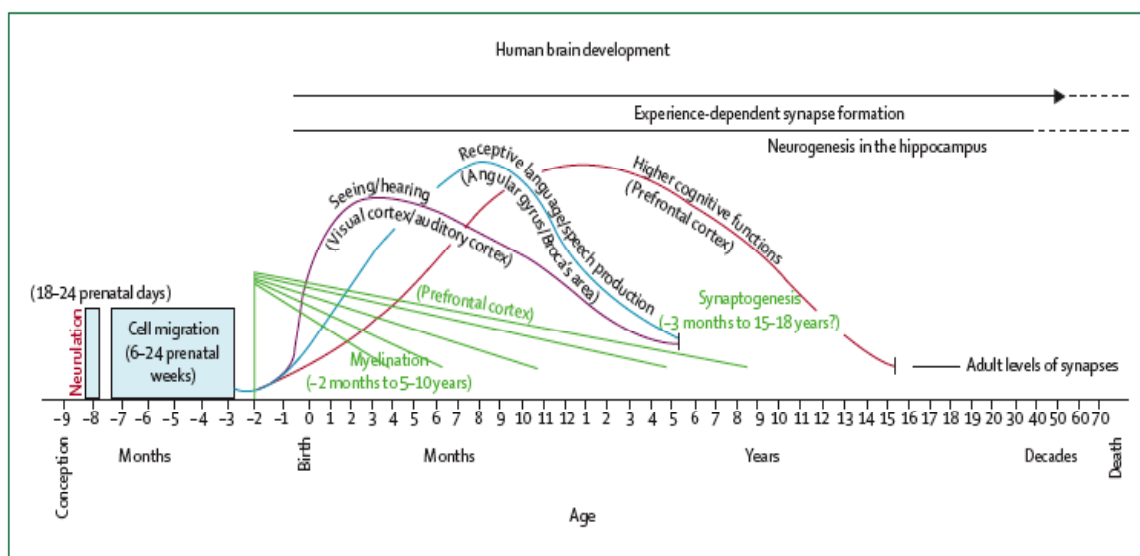


Figure 1: Human brain development

Reproduced with permission of authors and American Psychological Association¹⁷ (Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media: early brain development. *Am Psychol* 2001; 56: 5-15).

Ved ulike hjernemålingsmetoder, (MR, PET, fMRI) har ulike fagmiljøer funnet en rekke avvik i følgende deler av hjernen hos deprimerte: *"the frontal lobes, orbital frontal lobes, subgenual frontal lobes, caudate nucleus, hippocampus, putamen"*. Disse hjerneområder

er knyttet til hverandre og involvert i stressbehandling, der kortisol er forhøyet, noe som skader bla. hippokampus. Således skriver **Withfield (2003,s.102):** *"In a majority of people with these findings, the repeated childhood trauma is the most likely cause of both the brain atrophy and the depression."* Han viste til 44 studier som dokumenterte at traumer skader barns hjerneanatomi, fysiologi og evne til fungering. Ytterligere 9 undersøkelser viser at hippokampus skades (reduseres i størrelse) ved et økt stress/traumenivå. Reduksjonen beskrevet i disse undersøkelser var fra 5% til 26% i forhold til kontrollgrupper (Whitfield 2003,s.104). Gjentatte traumer forstyrrer også hjernens hormonballanse og neurotransmitter-systemer. Disse er ansvarlige for hjernens interne kommunikasjon. Nettopp slike funn ligger til grunn for bla. depresjon i voksen alder.

Fra ACE undersøkelsen vet vi at nærmere 60% av den kliniske populasjonen rapporterte at de hadde hatt traumatiske barndomsopplevelser, 19% hadde en mentalt syk person i familien. Resultatene fra denne store undersøkelsen viser at **en deprimeret forelder kan påføre sine barn denne typer skader for livstid. I tillegg til ytre påvirkede traumer viste psykiater Paul Fink at også indre konflikter bidrar negativt. Dette kan være undertrykt aggresjon og sinne mot den som utsatte barnet for traumer og/eller den forelder som ikke beskytte barnet mot disse traumer.**

Depresjon er en vannlig tilstand ved en rekke andre lidelser. Det er rapportert depresjon ved 80% av de med PTSD (post traumatisk lidelse), 65% ved schitsofreni, 50% og mer ved en del personlighetsforstyrrelser. For covert narsissister er det på bakgrunn av litteraturbeskrivelser mye som tyder på at depresjon svært ofte er en kormorbid lidelse. Komorbiditet er et typisk kjennetegn ved barndomstraumer. Jo alvorligere traume, jo tidligere alder og jo lengre varighet, jo mer alvorlig blir komorbiditeten (samsykdom). Dette underbygger at depresjon i seg selv er en måte mennesker reagerer på når de utsettes for ulike former for psykisk belastning.

Nyere forskning (Joseph Griffin) viser stadig bedre dynamikken rundt depresjon. Når ubearbeidede emosjonell opphisselse ikke blir bearbeidet, men forblir i hjernens limbiske system vil hjernen fortsette å bearbeide disse under søvn. Hjernens danner senarier som skal avslutte disse emosjonelle "oppgaver". Dette skjer gjennom våre drømmer. Drømmene er metaforer av våre opplevelser i våken tilstand. De prøver å ende de emosjonelle følelsene, slik at de kan avsluttes. Hjernens "konstruerer" således en kunstig virkelighet som ligner på den reelle virkelighet for å skape den samme emosjonelle reaksjon. For eksempel kan vi i løpet av dagen bekymre oss om hva noen har sagt til oss. Det kan være kritikk eller trusler som skaper bekymring. Om natten drømmer vi så at noen er etter oss, vil oss noe vondt. Drømmer av denne typen er typiske og handler ofte om at vi er jaget og på flukt for noe som skaper redsel og frykt. Slike drømmer prøver å fullføre de emosjonelle behov som i løpet av dagen er skapt i vårt limbiske system, slik at vi kan bli ferdige med dem. Det er en bearbeidingsprosess.

Dette er en ond sirkel der depressive tankemønstre fører til neagtive emosjonelle bearbeidinger og dermed mere drømmer. Disse ekstra drømmer prøver å tømme hjernen for neste dag, men fordi deprimertes hjerner arbeider på overtid med alt for mye negative

emosjoner forblir stresshormoner og andre fysiologiske mekanismer overarbeidet. Vi får ingen hvile gjennom søvnen. Dette fører til at den deprimerte tilbringer mer tid i REM-søvn og mindre tid i den dypere søvnen som gjør oss uthvilte til neste dag. Så ved en slik overdrømming hviler man ikke, men oversvømmer hjernen og kroppen med adrenalin og andre stresshormoner. Dette sliter ut hjernen og kroppen. Ikke rart at deprimerte føler seg verst om morgenen, et tidspunkt da stresshormonene allikevill er forhøyede for å gjøre kroppen klar til dagens handlinger! Søvnforstyrrelser blir dermed et resultat av de forstyrrelser hjernen opplever i sin emosjonelle tilstand. At nivået av stresshormoner hos deprimerte er høyere enn hos ikke-deprimerte er godt kjent. Kobler man så dette mot det man vet om kortisols skadelige effekt på hippokampus og andre deler av hjernens limbiske system, så er man på god veg til å forstå de årsaker som ligger bak den adferden vi finner i det narsissistiske individ.

Oppsummering

Fører traumer til depresjon? (Whitfield 2003,s.188) besvarer dette slik:

” If we had only a few studies that looked at a small number of research subjects which showed a link between childhood trauma and a depression, the answer would be no. But that is not what we have. In fact, we have exactly the opposite. We have :

- 1) a large number of studies (251),***
- 2) that used a large number of research subjects (159,793 people). These studies were conducted by***
- 3) multiple and independent researchers who were***
- 4) from different countries, and who***
- 5) used several different study designs and methods (e.g., retrospective, prospective, index cases and meta-analysis) on***
- 6) diverse samples of people (e.g., clinical, community and some forensic groups). Furthermore, the traumadepression link was***
- 7) replicated by nearly every one of these 251 peer-reviewed studies. The characteristics of this large number of scientifically conducted and published studies fulfill all of the criteria for quality research reports (as summarized in Table 4.2 on page 37), commonly including***
- 8) highly meaningful odds ratio results and***
- 9) a graded response pattern reported in all of the studies that looked for it.”***

Som forskning viser er svaret ja, traumer kan føre til depresjon og andre mentale lidelser som narsissime, borderline, ol. og bevisene er **overveldene**. Slik nyere søvnforskning viser oss at stress sliter oss ut underbygges ytterligere tidlig barndoms traumers bidrag til senere tids personlighetsfungering.

Under følger en skjematisk oppstilling av noen av de faktorer som virker inn på denne meget kompliserte prosess.

rasjonelt til psykiske belastninger. En person utsatt for sviktende omsorg, psykisk som fysisk, har ikke denne samme evnen til psykisk forsvar. Vi kan si personen har et svekket psykisk forsvar. Det gir seg ulike utslag alt etter de påkjenninger personen er utsatt for tidligere i livet.

En person som utsettes for alvorlige psykiske belastninger i ungdomsalder er bedre rustet til å håndtere dette enn et spedbarn er. Våre første 3 leveår er den mest sårbare tid. Det er på denne tiden nervecellene knytter forbindelser til hverandre. Man kan si hjernens "telefonett" blir grunnlagt. For et barn som utsettes for store psykiske belastninger i denne tiden, vil dette "telefonett" få store mangler. En person med et svekket "telefonett" vil ved belastninger ikke ha så mange å "ringe til" når problemene oppstår. Kanskje når ikke "samtalene" frem til de (deler av hjernen) som kunne avhjulpet problemene!

Vi vet i dag at kortisol dreper og skader nerveceller om det forekommer i for store doser over for lang tid. Målinger fra 5% til over 25% er registrert rundt reduksjoner i hippokampus. I spedbarnsalder et hjernen i tillegg meget sårbar fordi det dannes så mange synaptiske spalter (nervekoblingspunkter). Det gjør spedbarnet ekstra sårbart. Vi kan også tenke oss at et spedbarn som har behov for å få opprettet synaptiske spalter i den emosjonelle del av hjernen ikke får dette i tilstrekkelig grad grunnet stress. Da ender vi opp med et selv med mangler i vår emosjonelle hukommelse. Hvilke følger dette får kan man bare tenke seg. Vår emosjonelle hukommelse er nært knyttet opp mot "fordelingssentralen" hippokampus. Likeså til den for emosjoner så viktige amygdala. Begge disse hjernedeler skades av høyt kortisolinnhold. Det betyr at de påvirkninger et spedbarn persiperer kan oppfattes som en psykisk belastning med de skader det medfører på hjernen.

Depressive symptomer og aggressiv adferd

Nyere forskning viser at kvinner bidrar langt mer enn tidligere antatt til fysisk og psykisk vold i parrforhold (Kim & Capaldi 2004). Adferdstudier viser at kvinner slett ikke bare er ofre for en manns aggresjon. Ny innsikt i denne typen dynamikk viser at kvinnen bidrar langt mer til mannens utagering enn det man tradisjonelt har lagt til grunn. **Forskningen viser at en deprimert kvinne bidrar mer til en manns utagering, enn en deprimert mann til en kvinnes utagering.**

Parforhold der den ene parten (oftest kvinnen) lider av depresjon, tilkjennegir mellommenneskelige problemer, inkludert økt fiendtlighetsnivå, mangel på kjærlighet og negative kommunikasjonsmønstre (Gotlib & Hooley, 1988). McCabe og Gotlib (1993) sammenlignet par som hadde en deprimert kvinne og en ikke-deprimert mann med ikke deprimerte par og fant at begge partnere i deprimert-partner-par gruppen viste høyere nivå av verbal negativitet i sameksistensen. I tillegg økte den deprimerte partners negativitet over tid.

Studier av ekteskapelige samhandlinger og depresjon viser ytterligere at adferden til den

deprimerte part og partnerens reaksjon på denne viser klare kjønnsforskjeller. **Johnsen & Jacob (1997) fant at par der kvinnen led av depresjon viste høyere nivå av negativitet og lavere nivå av positivitet enn i par der mannen led av depresjon.** Capaldi og Crosby (1997) fant også at depressive symptomer og lav selvfølelse var samtidig assosiert med fysisk og psykisk aggresjon mot partner hva gjelder kvinner, men ikke for menn. Dette kan tyde på at depresjon blant kvinner kan være mer skadelig for ekteskapelig samhandling enn depresjon hos menn.

Kvinnens egen antisosiale adferd og depressive symptomer hadde sterk effekt på deres psykiske aggresjon mot mannen. Jevnt over sto kvinnens antisosiale og depressive symptomer for betydelig økt variasjon i mannens medvirkende fysiske og psykiske aggresjon.

Til sammenligning var mannens antisosiale adferd og depressive symptomer ikke av betydning for å forutsi kvinnens aggresjon ut over det bidraget hennes egen antisosiale adferd og depressive symptomer sto for. Et interessant funn var den relativt sterke assosiasjonen av kvinners depressive symptomer med menns medvirkende psykiske og fysiske aggresjon (Kim, Capaldi, 2004). I likhet med tidligere funn bidro ikke menns antisosiale adferd og depressive symptomer i så stor grad til kvinners aggresjon.

Det faktum at kvinnens depressive symptomer var den sterkeste indikator for mannens medvirkende fysisk og psykiske aggresjon blir regnet som et uventet funn. Man forventet at kvinners depressive symptomer ville ha økt effekt i å forutsi menns aggresjon, men ikke at det var **den eneste signifikante indikator** på menns medvirkende fysiske aggresjon.

Mange studier på depressive symptomer og ekteskapelige funksjoner har funnet at par med en deprimert partner skiller seg ut fra par uten en depressiv partner i persepsjon og i uttrykk for negative følelser, i tillegg til annen adferd som problem-løsnings evne, støttende adferd og selvinnsikt (Biglan et. At. 1985, Cutrona & Suhr, 1994)

Deprimerte ektefeller tenderer mot å vise høyt nivå av konflikt, spenning, negativitet, ambivalens, fiendtlighet og kritisering ved situasjoner som krever problemløsning. For eksempel fant Johnsen og Jacob (1997) at par med deprimert kvinne viste mindre positiv kommunikasjon enn par med en deprimert mann. Dette gjaldt selv om mannen hadde høyere nivå av depresjon. **Funn tyder på at depresjon blant kvinner har større ødeleggende virkning for forholdet enn depresjon hos menn.**

Disse funn indikerer at trekk ved kvinner driver deres aggressive adferd til et høyere nivå enn det man har vært klar over. Dette tyder på at kvinners aggresjon mot partner ikke bare er en selvforsvarsmekanisme, eller bare som en reaksjon på menns adferd. Faktisk tyder disse funn på at **menns aggressive adferd er mer bestemt av kvinnens trekk enn omvendt!**

Ved observasjoner er det derfor viktig å se på **begge parters aggresjon** og ikke som man nå opplever i mange tilfeller, bare se på mannens adferd og gjøre kvinnen til et offer.

Slike studier kan forklare hvorfor menns aggresjon kan være mer influert av sin partners trekk, mens kvinners aggresjon i mindre grad er influert av mannens karaktertrekk. Det kan også være en forklarende faktor på hvorfor **kvinnens depressive symptomer forklarer menns psykologiske aggresjon over tid.**

Tradisjonelt har slike studier sett på mannen som den aggressive og kvinnen som et offer. Et stadig økende antall studier viser imidlertid at partenes aggresjon er lik og at kvinnens aggresjon ikke fullt ut kan forklares som selvforsvar. (Burman, Margolin og John, 1993). For å behandle aggresjon hos ektepar er det derfor viktig å forstå de ulike mekanismer som ligger bak begge kjønns adferd og at den utløsende mekanismen for aggresjon kan være forskjellig hos menn og kvinner.

Det er like viktig å behandle aggressive kvinner som aggressive menn. Viktig å forstå er også at de bakenforliggende mekanismer kan være kjønnsesifikke. Capaldi og Owen (2001) fant at også menn blir skadet av kvinner og at kvinner har økt mulighet for å bli skadet med økt psykisk aggressivitet mot sin partner.

Vi vet at kvinner diagnostiseres 3 ganger så ofte Borderline, (Skodol, Bender, 2003) som menn. I diagnosesystemet DSM-IV-TR står det på s.708: ***"Borderline personality disorder is diagnosed predominantly (about 75%) in females."*** Likeledes er det flest kvinner som diagnostiseres med personlighetsforstyrrelsene **hysteri og avhengig!** I DSM-IV-TR skriver de på s. 723 om avhengig PF: ***"In clinical settings, this disorder has been diagnosed more frequently in females"*** det samme beskrives for Hysterisk PF på side.712 i samme bok.

Undersøkelser ved NTNU i Trondheim viser at ofte er det menn som er ofrene: Resultatene av en undersøkelse utført av hovedfagsstudent Wibeche Ingebrigtsen (2002), blant 158 kvinnelige studenter viser at hele 24 prosent av kvinnene hadde gått til fysisk angrep på sin partner i løpet av det siste året. Nesten 40 prosent av kvinnene sa at de jevnlig reagerer med en eller annen form for fiendtlig opptreden.

Furting var vanligst, og som en god nummer to kom brøling og kjefting. Jentene ledet også an når det gjelder å kalle partneren stygg eller dum, og det var de som oftest styrter ut i raseri. Undersøkelsen fant dessuten at det er ydmykende for en mann å fortelle at han blir slått av sin kvinne. Noe som kan forklare at man ikke så ofte hører om denne typen vold fra kvinner.

fMRI – Funksjonell Magnet Resonans Tomografi

Decety og Jacson (2006) viste gjennom fMRI studier at når det gjelder følelserprosessering og empatisk forståelse, bruker mennesker de samme neurosystemer om seg selv og egne følelser, som de bruker om andre slik de persiperer dem. Mennesker med narsissistisk personlighetsfungering har redusert evne til empati med andre og dermed også til forståelse av seg selv eller omvendt. Dypt nede i deres underbevissthet kjemper imidlertid egoet en kamp for å opprettholde det falske selvets grandiose

forestillinger. Deres indre frustrasjonstrykk hindrer dem ikke bare i en forståelse av andre menneskers emosjoner, men like mye sine egne emosjoner. Ethvert avvik fra det trygge, forutsigbare møtes med mistenksomhet og aggresjon. Deres rigide adferd er tydelig for de fleste som forstår denne dynamikken. Dessverre er det et avansert spill som lurer de fleste, selv de som kaller seg fagfolk!

Det de føler er en uro, en ulikevekt som gir seg rigide utslag i adferd, når det virkelige selvet trues. Eller sagt på en annen måte; når deres virkelige selvbylde utsettes, for store påkjenninger, da trer de patologiske psykologiske forsvarsmekanismer inn. Da er det ikke logikken som styrer, men det irrasjonelle. Da blir de trekk synelige som beskriver den narsissistiske personlighet. Løgnaktigheten, logiske brister, selvmotsigelsene, manglende samarbeidsevne, rigiditet, høy sårbarhet for kritikk, manglende generasjonsforståelse, kontrollbehov, hat, hevnaaktighet og ikke minst den adferd som viser at de ikke har det godt med seg selv.

Depresjon er som vist over i alle fall et resultat av barndomstraumer, i tillegg til det vi vet om psykiske belastninger i ungdoms og voksen alder. Voksne kan utvikle depresjon av ulik varighet når de utsettes for store psykiske belastninger, når stressnivået overskrider den enkeltes egne grenser for normal fungering. Depresjon er således en forsvarsmekanisme i seg selv. Egoet kobler ned selvet, slik kroppen trekker blodet til vitale deler under frost. Å bli utsatt for et slikt økt stressnivå over tid fører til depresjon i kortere eller lengre tid. For små barn som er i utvikling og der hjernens ulike deler er i fred med å "sette seg" kan slikt stress (økte konsentrasjon av stresshormoner) være meget skadelig, fordi de depressive tilstander blir permanente og kroniske. Whitfield (2003) og en rekke andre fagfolk innen kliniske og neurobiologiske fagområder har vist dette i et utall faglitterære beskrivelser.

Likeledes finnes det en rekke norske artikler som viser at deprimerte mødre er en trussel for små barn, fordi de ikke evner å gi barna den emosjonelle ballast barnet har behov for, for å kunne fungere på en normal måte. Deprimerte mødre er således en risikofaktor for de trekk som over er beskrevet, i likhet med andre mentale forstyrrelser hos omsorgspersoner. Depresjon er som vist over tilstede i en rekke kormorbide lidelser. Narsissime er ut i fra sin fundamentale dimensjon, en av de mest grunnleggende av disse.

Som vist over er det ikke noen hindring for aggressiv adferd at en person er deprimert. Tvert imot tar aggresjonen bare andre uttrykksformer. Og da i første omgang manipulative former, løgnaktighet, logiske brudd ved å verbalt fremføre påstander som er motsatt av adferden. Likeså er det grunn til å se på det man kaller passiv aggresjon, som er et typisk trekk ved den "deprimerte", covert narsissist. De tar ubevist i bruk forsvar som ikke er typisk av utagerende art, men tvert imot av en underliggende og mer skjult art, slik vi ser det ved manipulasjon og omskrivninger av virkeligheten på ulike måter.

Forskjeller på depresjon og covert narsissist.

Forskjellen ligger etter all sansynlighet i depresjonens opprinnelse! At deprimerte kan ha en covert narsissistisk fungering betyr ikke at de har det. Det er personens adferd som avslører denne forskjellen. De adferdstrekk som beskrives over, for utslag på MMPI er en samling trekk fra 3 MMPI-skalaer. Således er depresjon alene en av disse skalaer. De tilsvarende trekk som er beskrevet for covert narsissist viser en langt sterkere objektrelasjon. Mens de depressive trekk i hovedsak handler om intrapsyriske beskrivelser handler trekkene for den covert narsissist langt mer om dysfunksjonelle objektrelasjoner i tillegg til intrapsyriske problemer.

Den typisk deprimerte lukker seg inne i seg selv og er ikke av typisk utagerende karakter. En ren deprimert mangler en del av de trekk man finner ved covert narsissister. Det er i hovedsak trekk man finner når man ser på personlighetens bruk av patologiske forsvarsmekanismer og adferd. En deprimert viser ikke de trekk som ligger mer mot narsissistens adferd, som ekstrem løgnaktighet, utstrakt manipulasjon, ekstrem sårbarhet for kritikk og den typen forsvarsmekanismer som går på å opprettholde et sykelig falskt selv. Trekk som tenderer mer mot omgivelsene enn personen selv. Mens den deprimerte påtar seg skyld, vil den covert narsissist projisere skyld over på andre. Her kommer imidlertid skalene 1 og 3, i MMPI, inn. De utdyper og befester den sky tilbaketrunkne personlighet vi finner ved covert narsissist. Graham (2006) beskriver da også som vist over, høytskårende på skala (1) som typisk narsissistiske i sin personlighetsfungering.

Det kan være grunn til å se på om ikke skala 1 og/eller 3 for høytskårende (som også skårer høyt på skala 2), er med på å beskrive en personlighet som undertrykker de depressive trekk på bekostning av en tilsynelatende bedre personlighetsfungering. Skala 1 handler om hypokondre trekk som fremviser bekymring om seg selv, **narsissistiske**, taperpreget, kyniske, fiendtlige, og med kroppsbekymringer. Trekk som i større grad enn den deprimerte er relatert til omgivelsenes oppfatning av selvet. Skala 3 handler om hysteri, som i stor grad omhandler objektrelasjoner, hysteriske reaksjoner til stress, mangler selvinnsikt, barnslighet, **narsissistisk** adferd, oppmerksomhetskrevende, kunstig mellommenneskelig adferd og krevende i objektrelasjoner. Ved en slik forståelse kan man se for seg at trekkene beskrevet for skala 1 og/eller 3 inneholder trekk som hos personen styrer i retning av en narsissistisk adferd, langt mer relatert til omgivelsene enn de trekk den rene deprimerte fremviser, som går mer på personens indre følelser og negative selvoppfatninger.

Slik narsissisten prøver å opprettholde sitt selvbylde utad, finner vi ikke hos den rene deprimerte. Den deprimerte har mer enn nok med seg selv. Den deprimerte lukker seg inne i seg selv og bryr seg lite om hvordan omverdenen oppfatter vedkommende. Den deprimerte klandrer seg selv (Oltmanns, 2007). Mens narsissisten er opptatt av anerkjennelse fra andre, er den deprimerte opptatt av sin egen tomhet. Det betyr ikke at narsissisten ikke føler tomhet, men at narsissisten behandler og skjuler denne på en annen måte. Som beskrevet over, forskjellen mellom deprimert og narsissist handler om hvordan de bruker psykologiske forsvarsmekanismer.

Den rene deprimerte evner ikke fortrenge de depressive tanker slik narsissisten gjør det. Den rene deprimerte har et mer "normalt" forsvar og fortrenger ikke sine depressive tanker slik vi ser det hos narsissisten. Narsissisten derimot tenker ikke på annet enn hvordan vedkommende fremstår for omverden. Heri ligger også den vesentlig forskjellen mellom den rene deprimerte og den covert narsissist. Beck (1967) beskriver det han kaller den depressive triade; et negativt syn på selvet, verden og fremtiden. Deprimerte ser på seg selv som udugelige og uten selv verdi. Dette er langt fra de beskrivelser en covert narsissist beskriver seg med. Et eksempel er den narsissistiske mor som i en barnefordelingsk hadde en diagnostisert moderat depresjon. Hun beskrev seg på denne måten : *"Jeg vil på det sterkeste bestride at jeg ikke har en tilfredstillende omsorgsevne, Jeg har meget god omsorgsevne, og prioriterer mine barn, og ser alltid barnas behov i forhold til alder og utvikling"*. At det i all klinisk litteratur er beskrevet at barn som vokser opp med deprimerte utsettes for manglende emosjonell omsorg synes like fjernt som barnets behov.

Det kan være grunn til å spørre seg om det er depresjon man ser ved covert narsissister eller om det er en form for sorg for ikke å ha nådd opp til de urealistiske krav en covert narsissist stiller til seg selv (falske selvbildet). Både depresjon og sorg bærer mange av de samme ytre symptomer, men på det indre plan ser man ikke en så sterk selvbebreidelse som det den deprimerte faktisk opplever. Mens depresjon handler om egen utilstrekkelighet, handler sorg mer om bekymringer knyttet til ytre faktorer. Den sørgende er lei seg for en ytre hendelse i omgivelsene som død og ulykke, mens den deprimerte er trist for det de selv føler som egen udugelighet, manglende evne til ikke å mestre. Oltmanns (2007,s101) beskriver hvordan de fleste klinikere er enige om at det er viktig å skille mellom klinisk depresjon og andre tilstander av ulykkelighet og skuffelser.

Sorg og skuffelser er noe av det som typisk kan sies å ligge bak narsissistens problemer. Når det falske selv styrer ens liv, og en aldri synes nå opp til de krav dette avvikende selvet setter, er det ikke rart at personen opplever "sorg" og skuffelse. Og begrepet skuffelse er sannsynligvis et like viktig begrep som sorg i narsissistens årsaksammenheng. Skuffelsen av ikke å ha nådd opp til de forventninger narsissisten har til egen fortrefelighet kan utvilsomt slå ut i en form for depresjon og tristhet. Dette er imidlertid en helt annen mekanisme enn det som ligger bak den kliniske depresjon, en følelse av å ikke bety noen, ikke strekke til, en følelse av å gi opp og en faktisk nedstemthet. Kombinerer man den sorg og skuffelse man finner hos narsissisten men ikke hos den deprimerte, blir det forståelig at typiske trekk ved narsissisten er ønske om hevn og misunnelse. Dette er trekk som ikke er typiske for den klinisk deprimerte. Narsissistens aggresjon går som beskrevet ut over omgivelsene, den deprimertes aggresjon går innover og mot den deprimerte. Dette er også mer i en forståelse med hvordan Freud (1917, 1925) skilte mellom klinisk depresjon og sorg. Freud beskrev da også hvordan sinne hos den deprimerte ble vendt innover mot selvet, selv om den deprimerte også "egentlig" hadde et sinne hvis årsak var forankret i omgivelsene.

Litt forenklet kan vi si at den klinisk deprimerte lar det sinne hun føler for omgivelsene gå ut over seg selv, mens den covert narsissist lar det samme sinne gå ut over

omgivelsene, fordi hennes falske selv overhodet ikke evner å ta negative trekk innover seg selv, perfekt som hun tror hun er!!

Freud (jf. Oltmanns, 2007,s.102) mente at grunnlaget for dette problemet oppstår i tidlig barndom. Av forskjellige grunner har deprimerte ”lært” en avhengig adferd i tidlig barndom. De lærte aldri å ta egne beslutninger. Andre (mor?) bestemte for dem. En slik avhengighet foster frustrasjon og fiendtlighet. Fordi disse negative følelser kan true forholdet om de åpent fremvises, blir de fornektet og fortrent. En covert narsissist som er avhengig av sin mor (selv i voksen alder) vil ikke gjøre noe som skader denne avhengighet, grunnet frykten for å bli forlatt. Hvilket fører oss tilbake til tilknytningsproblematikken slike barn opplever i tidlig barndom. Det Freud her viser til synes å beskrive den mer kroniske livslange ”depresjon”/covert narsissist. Voksende med en god barndom kan allikevel oppleve klinisk depresjon ved traumer. Men i slike tilfeller handler det om tidsbegrensede reaktive depressive episoder, som går over i løpet av måneder eller i hvert fall noen få år. De er ikke tilstede fra barndom til død slik vi oftere finner det ved covert narsissitter. Slik Joiner, Coyne & Blalock (1999) beskriver viktigheten av mellommenneskelige forhold og sosiale ferdigheter (jf. Narsissisme og depresjon) som årsak og katalysator for depresjon. Alloy & al. (2004) beskriver noe av den samme dynamikken i teorien rundt håpløshet. I henhold til denne teorien er det persiperte opplevelser av negative livsopplevelser som fører til en utvikling av håpløshet, som igjen fører til depresjon.

Vi ser egentlig to ulike forsvarstrukturer hos den rene depressive og den ”depresjon” vi finner beskrevet hos covert narsissist. Den sistnevnte skjuler ved behov sin kroniske depresjon, mens den første viser den opp i dagen på et helt annet nivå. Narsissistens forsvarsystem har utviklet seg fra tidlig barndom, den voksne deprimerte reagerer ”normalt” på en stressfylt livsopplevelse som fører til depresjon og har ikke det indre behovet for å fremstå som ”perfekt”, tvert imot. Den rene deprimerte vender frustrasjonen innover på en helt annen måte enn det en narsissistisk personlighet gjør det. Narsissisten vender også frustrasjonen innover, men fortrenger den og evner ikke bearbeide den slik vi ser det hos den normale deprimerte. Depresjonen kommer ikke opp i dennes bevissthet på samme måte og lammer derfor heller ikke personens adferd og kognisjon om seg selv på samme måte som hos den covert narsissist. Den ulike bearbeidingsmåten kan også være en årsak til at den ”vanlige” depresjon ofte kan behandles og ofte går over, mens den covert narsissist synes være mer kronisk i sin struktur for den benektes og fortrenkes og ligger som en indre ”mental svulst” og splitter det virkelige selv.

Mens narsissisten, verbalt er ufeilbarlig og perfekt, viser adferden de typisk narsissistiske trekk. Den deprimerte fremstiller seg ikke å være ”perfekt”, tvert imot, vedkommende har mest lyst til å ”dø” og beskriver seg selv som et ”nederlag”! **Narsissistens falske selv kontrollerer narsissisten, mens den deprimertes virkelige selv kontrollerer den deprimerte.** Og mens det virkelige selv er deprimert slik adferden hos den deprimerte viser, tror det falske selv til narsissisten, det er perfekt, og skjuler det virkelige selv bak en tynn, sårbar og falsk fasade. Den psykiske energi som kreves for å opprettholde dette falske selv bidrar til narsissistens indre kroniske nederlag. Det falske og virkelige selv er i

evig konflikt om hvem som skal dominere. Den dagen narsissisten forsto at det ikke er et nederlag å vise svakhet, da er han/hun på god veg til en bedre selvforståelse, til en bedre forståelse av sitt virkelige selv.

Årsak

Forskjellen mellom den depresjon vi finner hos den normalt deprimerte og narsissisten er det grunn til å tro har sitt utspring i årsaken til depresjonen. Når en person opplever depresjon og traume i voksen alder vil dette ofte ha en årsak i spesielle situasjonsbestemte omstendigheter som opptrer i forkant (tap av jobb, skilsmisse, økonomiske problemer ol.). Den depresjon som vi ser hos den covert narsissist har mest sannsynlig sitt utspring i tidlig barnealder. Det er en mer grunnleggende problematikk av kronisk karakter i tråd med det som er beskrevet om barns opplevelser av og håndtering av traumer i tidlig barndom i og rundt det som skulle vært barnets omsorgsbasis. Det er den lærte hjelpeløshet omsorgspersonene har bidratt til som gjør det på forhånd genetisk svake individ utsatt for traumer. Dette i sterk kontrast til situasjonsbestemte hendelser som kan utløse en depresjon av noen måneders varighet senere i livet. Depresjon er tross alt en menneskelig måte å reagere på ved negative emosjonelle belastninger.

Ved slike kortvarige depresjoner (noen mnd) har man da heller ikke beskrevet de mer kroniske skader som f.eks. krymping av hjernedeler som hippokampus og amygdala. Skader som ikke oppstår som følge av en kortere situasjonsbestemt hendelse senere i livet, men som fordrer lang tids stress og traumeopplevelser tidlig i livet når disse organer utvikles og nevroner kobles i det som senere blir hjernens "nettverk" av nerveceller. Forhøyet kortisol gjennom lengre tid er giftig for nerveceller og fører til at nerveceller dør.

Årsaken til at traumer senere i livet tilsynelatende ikke får de samme kroniske og narsissistiske utfall kan henge sammen med at hjernen er ferdig i sin utvikling, på en annen måte enn hos et lite barn. Dermed er den mer i stand til å håndtere traumer enn en tidlig skadet hjerne er. I det ligger også et utall ulike kombinasjoner av traumer og tidspunktet traumene skjer på. Noe som kan være med på å forklare personlighetsforstyrrelsers mange likehetstrekk og særegenheter. Avdelingsoverlege Kolbjørnsrud (1999) beskriver hvordan psykisk sykdom hos foreldre er mest skadelig for mindre barn enn den er for eldre barn. Dette fordi det er de minste som har størst behov for emosjonell nærhet. Han beskriver at de barna som er i den største faresonen er de med foreldre med en depressiv lidelse, schizofreni, psykose og personlighetsforstyrrelser. Og han beskriver at den mest grunnleggende forutsetning for en positiv utvikling hos et barn er at det opplever følelsesmessig tilknytning til en voksen person.

Det er et kjent fenomen at samme traumeopplevelse kan få ulikt utfall hos forskjellige mennesker. Den enkeltes resiliens avgjør hvordan hjernen persiperer de sanseinntrykk den mottar. En sårbar og "skadet" hjerne reagerer raskere og annerledes på trusler enn en "frisk" hjerne gjør. Narsissistens emosjonelle hukommelse kan man således anta er

forskjellig fra en uskadet emosjonell hukommelse. Heri ligger også en del av årsakskomplekset til at en narsissist mangler empati. Slik Decety og Jacson (2006) viste gjennom fMRI studier at når det gjelder følelsesprosessering og empatisk forståelse, bruker mennesker de samme neurosystemer om **seg selv** og egne følelser, som de bruker om **andre** slik de persiperer dem. Om evnen til egen emosjonell forståelse er mangelfull, kan man også anta at evnen til emosjonell forståelse av andre blir mangelfull. At en narsissist intellektuelt ser hvordan man opptrer for å vise følelser (eks. Ved å omfavne andre og si man er glad i dem) betyr ikke at de føler at de er glad i dem eller at deres emosjonelle deler av hjernen er i bruk slik vi finner det hos normale. Tvert imot ser man gang på gang et avvik mellom deres verbale adferd og øvrig adferd. Det er tydelig at de ikke forstår eller evner å føle noe emosjonelt for andre. De lyver så de tror det selv! De er som fargeblinde, de ser trafikklys skifter, men ser ikke fargene!

Behandlingsmuligheter

Det er godt beskrevet i litteratur hvor vanskelig det er å behandle narsissistisk skadede mennesker. Det regnes mer eller mindre som umulig. Dette underbygger lidelsens **kroniske og fundamentale karakter**. Det som trenger behandling er antagelig de skadde deler av hjernen. Noe som ikke er mulig i dag. Dette i motsetning til mer ”normal” depresjon, som kan helbredes ved kortere behandlinger. Dette er også med på å underbygge at den narsissistiske adferd med sin form for depresjon er av en mer fundamental karakter. Slik det beskrives i en del litteratur at man ikke blir psykopat, man er det, kan man også se på narsissister. **Man blir ikke narsissist, man er det**. Det er en personlighet sementert i tidlig alder. Det gjenspeiler også lidelsens permanente og grunnleggende forankring.

Narsissistisk likevekt

De trekk som er beskrevet om de ulike narsissistiske typer er i hovedtrekk menneskelige trekk som vi alle har mer eller mindre av, men som hos den narsissistiske har tatt ekstreme former. Når en personlighet fremstår med for mye eller for lite av disse trekk, med trekkenes ekstremutgaver, da fremkommer den patologiske personlighet. Når adferden får slike utslag som er beskrevet over kalles det **patologisk narsissisme**.

Undertegnede vil fremsette den hypotese, at et **Selv** i ballanse med sine indre og ytre omgivelser har en overt og en covert narsissistisk kjerne som er i **balanse**. Hos noen mennesker er denne indre narsissistiske ballanse kommet ut av likevekt. En slik forskyvning i ballansen kan gå mot en **Overt** pol og som beskrevet over, gi en grandiose ekshibisjonistisk personlighet, eller den kan gå mot den motsatte yterkant (**Covert**), og gi oss et hypervaktsom/sårbarhet (for andres kritikk) og introvert personlighet med klare **depressive trekk**. Men en slik ubalanse kan også gå fra et sentrum i ballanse og ut i hver sin motpol. Da ender vi kanskje opp i det som fremstår som **Borderline**

Personlighetsforstyrrelse eller Psykopati! En slik modell forteller oss at når vi vektlegger ulike grupper av abnormal adferd, så fremkommer ulike syndromer av personlighetsforstyrrelser.

Det er gitt av det som over er beskrevet, at en personlighet i uballanse som enten tenderer mot en overt pol eller mot en covert pol ikke selv kan fylle ut en rapport om sin egen tilstand. Derfor er det viktig at tilgangen til skåringsverktøy blir bedre enn den er i dag. Det er på bakgrunn av en rekke kliniske tilfeller samt det som fremkommer i litteratur helt uvurderlig å få tilgang til informasjon som både strekker seg langt tilbake i tid og som kommer fra personer som har levd med slike mennesker på godt og vondt, når man skal stille diagnose for å hjelpe på slike personligheter eller barn av slike foreldre.

De som observerer slike narsissistisk skadede mennesker mens personen har kontroll på sine omgivelser, har ikke sett annet en det ekstremt avanserte skuespill de evner å fremføre der det er påkrevd. Slike utsagn har ingen verdi som personlighetsbeskrivende for narsissistiske skadede mennesker. Det blir som å beskrive en skuespillers egen personlighet på bakgrunn av den rollefortolkning han/hun til enhver tid gir i et skuespill! Den kan som kjent forandre seg alt etter karakteren man spiller. Karakteren "Per Gynt", slik han beskrives som en narsissist (Dyade,nr.2, 1997), har således lite med skuespilleren (Toralf Maurstad) sin personlighet å gjøre!

Det skuespillet narsissisten til enhver tid utfører er og blir **sykelig manipulasjon**. Både av seg selv og andre. Det er et sykelig spill ego setter i verk for å beskytte det skjøre selvet, et selv som ofte er spaltet i det virkelige selv og det falske selv. Det er det falske selvet narsissisten (uansett type) viser frem når de har kontroll over sin situasjon. Det virkelige selvet kommer først til syne når deres forsvarsmekanismer svikter. Overt narsissist fremviser et grandiost falskt selv, mens covert narsissist fremviser et sårbart falskt selv. Selvet utvikles best ved optimal respons og skades mest ved optimalt stress.

Det kan være på sin plass å minne om hva Livesley (2001,s.32) skriver om personlighetsforstyrrelser:

"The evidence points to the facts that personality disorder involves the extremes of normal personality variation and that clear distinctions between normality and pathology and different forms of personality disorder are unlikely"!

Dette underbygger den dimensjonale virkelighet når det gjelder narsissistisk personlighetsforstyrrelse slik den er beskrevet over og i litteratur.

Konklusjon

Når vi summerer opp de resultater forskningen gir oss ser vi at **Overt** narsissisme er positivt korrelert med ekstraversjon, selvforsikring, ekshibisjonisme, aggresjon, påståelighet, sosial likevekt/holdning, sikkerhet, lederskapspotensial, oppnåelig orientering, hypomani, grandiositet, redusert evne til skam, **redusert spenning mellom virkelig og ideal-selv**, høyere samhørighet og maktmotiver, lavere evne til fullføring,

følelser av rastløshet i respons til ytre påtrykk på adferd, dominerende tendenser, åpenhet, lav nevrotisme, en høyere grad av differensiering av selvet.

Covert narsissisme er vist å være relatert til introversjon, forsvarsholdning, angst, sårbarhet for livstraumer, mangel på sosial tilstedeværelse, dominans, depresjon, fiendtlighet, vanskelige sosiale relasjoner, irritabilitet, sårbarhet, skam, ettergivenhet, avhengighet, tendens til å idealisere, lavere samhørighet og maktmotiver, høyt ambisjonsnivå, utilstrekkelighet, tristhet, bekymringer, vansker med å holde seg interessert og underholdt, følelser av meningsløshet, persepsjon om at tiden går langsomt, sabotere andre, objektrelasjonsproblemer, passiv aggresjon, den nevrotiske faktor i 5-faktor modellen om personlighet, sosial angst og en betydelig økt spenning mellom virkelig selv og idealselv.

Disse beskrivelser viser klart at overt og covert narsissisme er to ulike og avgrensede, separate abnormale adferder som ytterpunkter i en narsissistisk dimensjon.

Ser vi denne personlighetsfungering opp imot MMPI-2 kan det synes å være en meget sterk relasjon mellom de beskrivelser som gies av den covert narsissist i faglitteratur, og det som beskrives om personlighetsfungering på høytskårende ($p > 70$) på skalaene 1, 2 og 3 i MMPI-2. Det vil i praksis si at en person som skårer høyt på disse skalaer har overveldende sannsynlighet for å ha en personlighetsfungering som den man finner hos covert narsissister. Alle de trekk som der er beskrevet samstemmer meget godt med mange av de som er beskrevet over om covert narsissist. Konsekvensen av dette er at det ikke bare er HSNS som beskriver en covert narsissistisk personlighetsfungering, men også en høytskårende på skalaene 1, 2, og 3, i MMPI-2.

Dette bør kunne bidra til at forskning og den kliniske hverdag lettere kan diagnostisere denne typen narsissistisk personlighetsforstyrrelse som frem til i dag har vært oversett grunnet manglende kunnskap og manglende verktøy for diagnostisering. Ved å benytte både MMPI-2 og HSNS, får man et sterkere grunnlag for å bekrefte eller avkrefte denne lidelsen.

Den sentrale posisjon depresjon og trekk forbundet med det har, ved covert narsissistisk sårbarhet, kan være et godt utgangspunkt for videre vurdering av klinisk fremgangsmåte og diagnostisering. Det kan være grunn til å vise til hva Cooper (1998) skriver om covert narsissister;

"These individuals often come to the attention of psychiatrists because of the depression and sense of inner deadness that they experience"!

Det bør være av største viktighet for en best mulig diagnostisering at depresjonenes form og type blir avklart så godt som mulig. Å diagnostisere en narsissist som deprimert er like tragisk som å diagnostisere en deprimert som en narsissist. Barn av slike foreldre er uansett type depresjon eller narsissisme utsatt for alvorlige påkjenninger som igjen kan føre dem inn i disse lidelser om dette ikke avklares på et tidlig tidspunkt i livet. Barn av en

covert narsissit har store muligheter for selv å ende opp med denne lidelsen om barna ikke har andre omsorgspersoner de kan knytte seg til.

Den største enkle feil mennesker gjør i møte med en narsissist er å undervurdere hvor farlige de er.

Litteratur :

<http://www.psykopat.no/psykologi/bok.html>

MMPI-2 Litteratur:

Fardal, R. (2005) Forfalskning, faglig uredelighet og svindel, i sakkyndige rapporter.
 Graham, J.R. (2006) MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology
 Greene, R.L. (2000) The MMPI-2, An interpretive manual
 Hataway, S.R. & al. (1989) MMPI-2, Manual for administrering og tolking
 Havik, E. Odd (1993) klinisk bruk av MMPI-2
 Havik, E. Odd (2003) MMPI-2 Kartlegging av psykopatologi og personlighet
 Nichols, D.S. (2001) Essentials of MMPI-2 Assessment

HPA-aksen:

<http://www.psykopat.no/psykologi/artikler/stress-traumer.htm>

Artikler

Bossen, J.K. & al. (????) Overvalued and ashamed: Considering the roles of self-esteem and self-conscious emotions in covert narcissism
Decety, J. & Jacson, P.L. (2006) A social-neuroscience perspective om empathy
Fossati, A. & al (2005) A latent structure analysis of Diagnostic and Statistic Manula of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistis Personality Disorder criteria.
Grantham-McGregor & al. (2007) Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries
Holdren, M. (2004) Causal attributions among overt and covert narcissism subtypes for hypothetical, retrospective and prospective events
Hunt, W. (2007) The Diffident Narcissist: A Character-Type Illustrated in The Beast in the Jungle by Henry James
Lutus, P. (2007) The narcissist guerrilla war against reality
Millera, J.D. & al. (2007) Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment
Otway, L.J. & al. (2006) narcissism and Childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions
Rødvik, J.O. (2000) Overt and covert narcissism : Turning points and mutative elements in two psychotherapies
Sawrie, S.M. & al. (1997) Alcoholism and Narcissism assessing a presumed relationship with the MMPI-2
Smolewska, K. & al. (2005) narcissism and attachment: A multivariate approach

Wink, P. & al (2005) Implication of college-age narcissism for psychological functioning at midlife : Findings from a longitudinal study of woman

Wink, P. (1992) Three narcissism Scales for the California Q-set

Wink, P. (1992) Three types of narcissism in woman from college to mid life