

# «Jeg eller vi?»

*En fenomenologisk studie av  
en pasient og hennes terapeut sin  
opplevelse av  
dissosiativ identitetsforstyrrelse og  
virksomme elementer i behandlingen*

Jelena Gojkovic



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

April 2015



# «Jeg eller vi?»

*En fenomenologisk studie av  
en pasient og hennes terapeut sin  
opplevelse av  
dissosiativ identitetsforstyrrelse og  
virksomme elementer i behandlingen*

Jelena Gojkovic

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

April 2015



© Forfatter Jelena Gojkovic

År 2015

Tittel: «Jeg eller vi?» En fenomenologisk studie av en pasient og hennes terapeut sin opplevelse av dissociativ identitetsforstyrrelse og virksomme elementer i behandlingen

Forfatter Jelena Gojkovic

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatter:** Jelena Gojkovic

**Oppgavetittel:** «Jeg eller vi?» En fenomenologisk studie av en pasient og hennes terapeut sin opplevelse av dissosiativ identitetsforstyrrelse og virksomme elementer i behandlingen

**Veileder:** Kirsten Benum

**Forskningsspørsmål:** Hvordan kan en pasients beretning om sin indre opplevelse av en splittet personlighet bidra til å forstå fenomenet dissosiativ identitetsforstyrrelse? Hva har vært til hjelp i behandlingen av lidelsen og hvordan beskrives terapiforløpet fra pasientens og terapeutens ståsted?

**Bakgrunn og formål:** Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) har lenge vært en omdiskutert diagnose og er betraktet som den mest kontroversielle av alle dissosiative lidelser (Lynn et al., 2012). Diagnosen fortsatt skaper mye debatt og uenigheter og en del terapeuter stiller seg fortsatt kritisk til diagnosen. Manglende kunnskap om dissosiative lidelser og symptomoverlapp med andre tilstander kan lett resultere i feildiagnostisering som i sin tur fører til ineffektiv behandling. De som er innenfor feltet og skiller DID fra en psykose, har ulike meninger om hvordan man skal jobbe i terapirommet. Denne studien springer ut av min interesse for traumelidelser generelt og dissosiativ identitetsforstyrrelse som den mest alvorlige formen. Studien er utformet som et selvstendig forskningsprosjekt som skal være en del av kvalitetssikringsarbeid ved en DPS allmennpoliklinisk enhet. Formålet har vært å få økt forståelse for fenomenet DID ved å få innblikk i livsverden til en DID pasient samt pasientens og terapeutens opplevelser av virksomme endringsagenter i terapien.

**Metode:** Både pasient og hennes terapeut ble intervjuet om deres opplevelse av DID og erfaringer de har gjort seg med behandling av denne lidelsen. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse.

**Resultater:** Analysen oppsummeres i to hovedtemaer: 1) Opplevelsen av selvet og lidelsen, og 2) Det terapeutiske arbeidet. Samlet viser resultatene at gjennom årene i terapien har pasienten fått økende kontroll over sitt indre fragmenterte system selv om selvfølelsen fortsatt kan skifte mellom «jeg» og «vi». Det viser seg at det å inkludere alle delene i terapien og ta

hensyn til deres egne behov og følelser i samspill med en trygg og faglig dyktig terapeut, skaper gode forutsetninger for integreringsarbeidet som tar lang tid.

**Implikasjoner for psykoterapi:** Studien peker på noen sentrale områder som terapien med en DID pasient bør omfatte. Å skape mening i symptomene er helt vesentlig i og med at det skaper trygghet, reduserer følelse av avmakt og gir håp. Arbeid med følelser hos en DID pasient ser ut som en vanlig emosjonsfokusert psykoterapi, men i tillegg må terapeuten gjennom hele terapiforløpet ta hensyn til pasientens svekkede evne til å regulere følelser. Både spesifikke metoder samt den gode, trygge terapeutiske relasjonen utgjør nødvendig kontekst for et krevende terapeutisk arbeid som fasiliterer endring.

**Nøkkelord:** Dissosiasjon, strukturell dissosiasjon, dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID), dagliglivsdelen (ANP), traumbærende deler (EP), kvalitativ, fortolkende fenomenologisk analyse (IPA), differensialdiagnostikk, splittelsen, integrering





# Forord

Først vil jeg takke mine velvillige informanter som satte av sin tid og lot meg inn i sitt terapeutiske rom. Takk for at jeg ble så svært godt mottatt av begge to og at dere ville dele personlige erfaringer og opplevelser med meg.

En stor og varm takk til min veileder Kirsten Benum, for inspirasjon, fargerike og uvurderlige faglige innspill og refleksjoner. Det følte seg veldig trygt og godt å ha deg som veileder på denne reisen.

Jeg vil også takke min familie, min søster, min mor og min avdøde far, for at dere har gitt meg det viktigste i livet. En takk også til mine venner og til alle som prøver å gjøre denne verden til et bedre sted.

Jelena Gojkovic

Universitetet i Oslo, april 2015



# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Teoretisk bakgrunn for studien.....	2
1.1.1	Traumerelatert dissosiasjon.....	2
1.1.2	Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten.....	4
1.1.3	Ulike nivåer av strukturell dissosiasjon – fra PTSD til DID.....	6
1.1.4	DID og andre lidelser med symptomoverlapp.....	9
1.1.5	Behandling av dissosiativ identitetsforstyrrelse og arbeid med delene.....	12
1.2	Studiens formål.....	14
2	Metode.....	15
2.1	Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA).....	15
2.2	Forskerens innvirkning på prosessen og begrensninger ved studien.....	17
2.3	Valg av informanter for denne studien og etiske betraktninger.....	18
2.4	Datainnsamlingen.....	20
2.5	Analyseprosessen.....	20
2.6	Marias historie før hun fikk hjelp.....	22
3	Resultater.....	24
3.1	Opplevelse av selvet og lidelsen.....	25
3.1.1	Jeg eller vi?.....	25
3.1.2	Delenes funksjoner.....	27
3.1.3	Konfliktfylte relasjoner mellom delene.....	33
3.1.4	Dissosiasjon – fra ubevisst oppsplitting til mestringsstrategi.....	34
3.2	Det terapeutiske arbeidet.....	35
3.2.1	Veien til DID diagnosen.....	36
3.2.2	Bevegelsen fra oppsplittethet til integrering av et jeg.....	38
3.2.3	Arbeid med delene.....	41
3.2.4	Affektfobien og arbeid med følelser.....	44
3.2.5	Egenskaper ved terapeuten.....	48

3.2.6 Betydning av god tid i terapi.....	52
4 Diskusjon.....	53
5 Implikasjoner for psykoterapi med dissociative lidelser.....	58
Litteraturliste.....	63
Vedlegg.....	68

I have another self...weltering in tears...I carry it deep inside me like a wound.

- Michel Tournier ("The Ogre", 1972)



# 1 Introduksjon

Dissosiativ identitetsforstyrrelse (Dissociative Identity Disorder, heretter DID) har lenge vært en omdiskutert diagnose som fortsatt skaper mye debatt og uenigheter både når det gjelder lidelsens etiologi og behandling (Lynn et al., 2012). Etter hvert ble diagnosen mer akseptert i fagmiljøene, men en del terapeuter stiller seg fortsatt skeptisk til diagnosen og mener at tilstanden kan bedre beskrives med andre diagnostiske kategorier. Følgende utsagn fra kausstudien som blir presentert i denne oppgaven illustrer dette:

*«...Jeg prøvde å legge henne inn på en døgnavdeling... Og da fikk jeg beskjed der om at denne diagnosen anerkjente de ikke, sånne pasienter fantes ikke hos dem... Jeg har også møtt på det andre steder i psykiatrien, psykiatere kollegaer som flirer av diagnosen og mener at dette er schizofreni. Jeg lurer på om de har sett en sånn pasient som henne i det hele tatt...»*

Manglende kunnskap om dissosiative lidelser og symptomoverlapp med andre tilstander kan resultere i feildiagnostisering som i sin tur fører til ineffektiv behandling. Selv om både DSM-V og ICD-10 beskriver flere alvorlige dissosiative lidelser inkludert DID som diagnoser, kan det ta mange år før denne lidelsen blir gjenkjent og korrekt diagnose stilles (Steinberg & Siegal, 2008). Dette viser at det kan være vesentlig å forbedre kunnskapen om hvordan DID arter seg og skiller seg fra andre tilstander for å kunne gi pasienten best mulig behandling. Til forskjell fra behandling av psykoselidelser, finnes det foreløpig ingen nasjonale faglige retningslinjer for behandling av DID og andre dissosiative tilstander i Norge. Man har imidlertid begynt å utvikle internasjonale empirisk baserte retningslinjer som anbefaler faseorientert behandling av DID og andre dissosiative lidelser (Berg & Bækkelund, 2014).

For å få bedre kjennskap til dissosiativ identitetsforstyrrelse som et fenomen og hvordan det arter seg, bør vi også bevege oss utenfor diagnostiske kriterier og nærme oss pasientens fenomenologiske beskrivelser og opplevelser av lidelsen. Det er også viktig å få tak i pasientens og terapeutens opplevelse av behandlingen og virksomme elementer i terapien som gjør bedring og tilfriskning mulig. Som hovedpraksisstudent ved en DPS allmennpoliklinisk enhet var jeg på en intern undervisning om traumebehandling. En av de ansatte psykologspesialistene snakket om ulike former for dissosiative lidelser og presenterte en kasus med DID fra sin praksis. Foredraget ble illustrert med videosnuttene fra terapitimene etterfulgt av utdypende kommentarer relatert til litteraturen fra traumefeltet. Denne undervisningen gjorde så sterkt inntrykk på meg at jeg fikk ønske om å skrive om denne

lidelsen og om akkurat denne pasienten. Terapeuten med mange års erfaring var villig til å være behjelpelig som mellomledd i mitt ønske å få kontakt med denne pasienten. Denne kasusstudien bygger på pasientens og hennes terapeut sin beretning om sin opplevelse av DID og erfaringer de har gjort seg med behandling av denne lidelsen.

## **1.1 Teoretisk bakgrunn for studien**

Jeg vil i det følgende presentere viktige begreper og beskrive teorien som utgjør rasjonale for denne studien. Avslutningsvis i dette kapitlet beskrives studiens formål med to forskningsspørsmål som jeg ønsker å belyse.

### **1.1.1 Traumerelatert dissosiasjon**

Dissosiasjon som et fenomen har lenge vært observert i klinisk praksis, men dissosiasjon som et begrep mangler fortsatt en presis og allment akseptert definisjon (Lynn et al., 2012). Det er et vanskelig og omdiskutert begrep og det er fortsatt mye vi ikke forstår godt nok (Anstorp & Benum, 2014). Noen forfattere mener at dissosiative symptomer spenner mellom vanlige kognitive feil som f.eks. oppmerksomhetssvikt, dagdrømming, dyp konsentrasjon eller vanlig tap av konsentrasjon mens man kjører bil til mer patologiske manifestasjoner av dissosiasjon som representert ved dissosiative lidelser (Holmes et al., 2005). Andre forfattere er imidlertid uenige og mener at dette er altfor omfattende bruk av begrepet dissosiasjon og at normale og ønskelige fenomener som evnen til å la seg oppsluke, drømme seg bort eller bli dypt konsentrert, ikke bør falle inn under begrepet dissosiasjon (Nijenhuis, van der Hart & Steel, 2006). Disse forfattere mener at det er en skille mellom ulike grader av oppmerksomhet på den ene siden og oppsplitting som konsekvens av traumatisering på den andre siden. Samme forfattere påpeker at begrep dissosiasjon kan bli brukt på vidt forskjellige måter og kan betegne en prosess, et psykologisk forsvar, en mangel, ulike symptomer og en intrapsykisk struktur (van der Hart, Nijenhuis & Steel, 2006).

Når det gjelder dissosiasjon som en prosess eller reaksjon, kan den forenklet beskrives som frakopling eller avspaltning av erfaringer, følelser og kroppslige minner som per definisjon ikke har vært til å tåle (Anstorp & Benum, 2014). Dissosiasjon kan forstås som en normal



reaksjon i møte med en stor påkjenning som overstiger vår mentale kapasitet til å forholde oss til og ta innover oss det som skjer. Personens evne til å integrere hendelsene er blitt brutt av en annen evne som går ut på å koble ut deler av bevisstheten som følge av overaktivering av stressresponsene (Anstorp & Benum, 2014). Traumatiske hendelser som seksuelle overgrep, fysisk vold, omsorgssvikt og emosjonell mishandling svekker den mentale integrative kapasiteten og dissosiasjon defineres som «forstyrrelse i den normale integrasjonen av en opplevelse gjennom de integrerende funksjoner som vanligvis utøves av bevissthet, hukommelse, identitet og persepsjon» (van der Hart et al., 2006). Spiegel et al. (2011) definerer dissosiasjon som «en ufrivillig forstyrrelse i vanlig integrering av bevisst oppmerksomhet og kontroll over egne mentale prosesser». Dissosiasjon viser i denne sammenheng til mangel på integrativ kapasitet.

Under overgrep er det å mentalt unngå å være til stede, bedøve seg og fjerne seg fra det som er overveldende, noen av de viktigste strategiene for å kunne overleve det smertefulle og utålelige. Slik sett fungerer dissosiasjon som en mestringsstrategi siden den blokkerer stressopplevelsen og gjør at omfanget av fysiske skader under overgrep reduseres. Samtidig kan denne strategien betraktes som en psykologisk måte å bevare sin egen kjerne, eller jeget på (Benum, 2006). Etter hendelsen kan oppsplittingen forsterke seg som et forsvar utviklet for å unngå påtrengende traumatiske minner og følelser som sterke minner utløser (Anstorp & Benum, 2014). Dissosiasjon som en ukontrollert respons kan i ettertid forekomme i situasjoner hvor det ikke er åpenbare ytre grunner til at det skulle være behov for å bedøve eller avlede seg selv i fra det som skjer her og nå. Den faren personen må forsvare seg imot kommer nå ifra personen selv i form av fragmenterte traumatiske minner. Dissosiasjon som løsning hjalp under overgrepene, men dissosiasjon som senvirkning etter traumatiske hendelser er blitt til problemet.

Dissosiasjon er en svikt i evnen til å sammenfatte og integrere skremmende livsopplevelser og dissociative symptomer er konsekvensene av en slik manglende integrering på symptom nivå. Dissociative symptomer kan være av både psykoform og somatoform art. Såkalte negative symptomer referer til fjernhet, hukommelsestap, emosjonell anestesi, nummenhet og lammelse. Positive symptomer representerer dissociative invaderinger som påtrengende minnebilder, stemmehøring (inni seg), smerte, kramper og rykninger (Nijenhuis et al., 2006). Symptomene viser seg også i form av unngåelsesatferd, fobiske reaksjoner for alt som minner

om traumene og som tilpasningsmønstre der personen prøver å opprettholde en balanse mellom ulike motstridende behov og følelser (Benum, 2006).

### **1.1.2 Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten**

Her omtales dissosiasjon relatert til en intrapsykisk struktur. Den franske psykiateren Pierre Janet (1859-1947) beskrev opprinnelig dissosiasjon som en ”organisert oppdeling” av personligheten som en konsekvens av traumatiske hendelser (Nijenhuis et al., 2006). Dette grunnlaget i forståelsen av dissosiasjon ble ytterligere styrket av Charles Mayers (1940) som baserte sine observasjoner på akutt traumatiserte soldater fra første verdenskrig. Mayers foreslo at traumerelatert dissosiasjon innbefatter en oppsplitting i to hoveddeler, hvor den ene er en «tilsynelatende normal» personlighet viet til daglig fungering og den andre er en «emosjonell» personlighet viet til forsvar.

Nederlandske forskere Nijenhuis, van der Hart & Steel (2004) har videreutviklet Mayers teori om strukturell dissosiasjon av personligheten. Teorien tar utgangspunkt i personligheten som et samlet biopsykososialt system med såkalte «handlingssystemer» (Panksepp, 1998). Disse systemene er funksjonelle siden de organiserer energiregulering og oppmerksomhet, og aktiverer forskjellige følelser som hjelper til med å identifisere situasjoner som enten nyttige eller skadelige. Det ene systemet er lystbasert og forsøker å nærme seg sosiale og miljøbaserte belønninger som f.eks. lek, omsorg, utforskning, sosialisering, forplantning. Det andre systemet er fryktbasert og søker å forsvare seg og fjerne seg fra det som oppfattes som et ubehag eller som en trussel i retning av trygghetsskapende omgivelser f.eks. ved å gjenforenes med en omsorgsperson. I tillegg forekommer det enten aktiv, fysisk tilbaketrekning fra opplevd fare eller passivt tilbaketrekning i form av total underkastelse preget av mental flukt og unngåelse. Til vanlig finnes det samspill mellom disse systemene og de kan fleksibelt aktiveres etter behov, mens strukturell dissosiasjon av personligheten kjennetegnes av manglende integrering mellom disse handlingssystemene (Nijenhuis et al., 2004).

Dissosiative deler av personligheten er mediert av disse ulike handlingssystemene. Det dreier seg om én personlighet med avspaltede deler av bevisstheten. Det er altså pasientens ene personlighet som er splittet i to eller flere deler i forhold til medfødte psykobiologiske

systemer som tar seg av forskjellige funksjoner (Nijenhuis et al., 2004). Personlighet defineres i DSM-IV som «vedvarende mønstre for å oppfatte, forholde seg til og tenke om omgivelsene og seg selv» (American Psychiatric Association 1994, s.629). Men de ulike delene som er blitt spaltet fra hverandre viser også vedvarende mønstre for å oppfatte, forholde seg til og tenke om omgivelsene og seg selv. De kalles allikevel for delene av personligheten, ikke personligheter som Mayers kalte dem (Nijenhuis et al., 2004; 2006).

Den delen i personlighetssystemet som har ansvar for utføring av alle de nødvendige daglige og sosiale funksjoner kalles for «tilsynelatende normale del av personligheten» eller forkortet ANP (Apparently Normal Personality) (Nijenhuis et al., 2004). Den kalles litt forenklet for «dagliglivsdelen». Betegnelsen «tilsynelatende normal» brukes fordi det er så stor del av personligheten som ikke er integrert. ANP er fokusert på fungering i dagliglivet og domineres av prefrontale funksjoner. Den har liten grad av selvrepresentasjon av traumene og prøver å holde det vonde utenfor bevisstheten. Den gjør det ved å innsnevre oppmerksomheten og fokusere på andre oppgaver og ved å unngå alt som minner om traumene. Det er denne delen som kommer i terapi, ofte med symptomer og diffuse plager som oppleves uforståelige for personen selv (Benum, 2006). Personen kan utvikle én eller flere ANPer som fungerer ute i verden.

Nijenhuis et al. (2004) kaller den delen eller de delene som utgjør personens forsvarssystem for «emosjonsstyrte deler av personligheten» eller forkortet EP (Emotional Parts of the Personality). De kalles også for «traumebærende deler» fordi de utgjør deler av personligheten som sitter fast i traumeøyeblikkene og først og fremst reagerer emosjonelt og kroppslig. Disse delene er styrt av subkortikale strukturer dvs. det limbiske systemet der avspaltede minner knyttet til traumehendelsene lagres. For disse delene har det ikke skjedd noen prosessering av minnene grunnet manglende prefrontal påkøpling, noe som gjør at når sterke følelser knyttet til traumehendelsene blir aktivert, opplever EP traume som en pågående hendelse. Disse delene forblir i fikserte handlingsmønstre med primær fokus på biologisk overlevelse («tilknytningsropet») og på forsvar mot at noe skal skje igjen, uttrykt ved sinne og aggresjon eller andre forsvarssystemer i form av flukt, frys eller overgivelse. Ulike følelsesmessige tilstander kan også utvikle en type selvoppfatning, en jeg-bevissthet, som ofte har språk, væremåter og behov tilsvarende den alderen personen hadde under traumene.

Hovedanliggende til ANP er å følge positive forsterkere og oppnå viktige goder som mat, penger, sosial støtte og glede. ANP kan også engasjere seg til en viss grad å unngå ytre trusler, men ANP mest av alt søker å unngå de truslene som kommer fra EP sine traumatiske minner og smertefulle følelser. EPene på sin side er fokusert på å unngå truende ytre hendelser. Nijenhuis et al. (2006) påpeker at det kan være forvirrende å betegne bare EP delene som emosjonelle, når ANP er også emosjonell på sin måte siden alle handlingssystemer er emosjonelle på et eller annet nivå. Disse betegnelse brukes for å belyse fenomenene slik de fremstår, og det er vanligvis EPene som viser sterke emosjonelle reaksjoner, mens ANP oftest ser ut til å være flat, hemmet og følelsesløs.

### **1.1.3 Ulike nivåer av strukturell dissosiasjon – fra PTSD til DID**

Min studie handler om dissociativ identitetsforstyrrelse, men det er ulike grader av oppsplittethet beskrevet i denne teorien (Nijenhuis et al. 2004). Graden av oppsplitting er forbundet med omfanget av påkjenninger som personen har vært utsatt for. Disse nivåene gjenspeiler ulik alvorlighetsgrad av dissosiering i hele spekteret av lidelser fra PTSD til DID.

*Primær strukturell dissosiasjon* referer til splitting av hukommelsen. En normal reaksjon under traumet er splitting av oppmerksomheten der personen går inn og ut av den traumatiske situasjonen både perseptuelt og opplevelsesmessig. Dissosieringen medfører brudd i oppmerksomhet, emosjoner og nærvær under traumet, noe som gjør at minnet er lagret som fragmenter, et bilde, en lyd, en smaksopplevelse eller en kinestetisk fornemmelse (Axelsen & Wessel, 2006). Selve hendelsen er splittet opp og blir lagret som en assosiasjon siden språk og kognitive prosesser ikke er aktivt involvert, noe som gjør at minne blir stadig reaktivert og gjenopplevd istedenfor å bli bearbeidet (Benum & Boe, 1997). Under den traumatiske hendelsen oppstår det et skille mellom den delen som prøver å forsvare seg ved å reagere instinktivt på fare og senere prøver å unngå lignende farer, og den delen som må fortsette å fungere i det daglige og sosiale livet. Primær strukturell dissosiasjon består av én ANP som distanserer seg fra traume og utvikler delvis eller totalt amnesi for traume, og én EP assosiert med gjenopplevelse av traumet. Diagnostiske kategorier som kan klassifiseres under primærdissosiasjon omfatter enkel PTSD, akutt stresslidelse og enkel somatoform lidelse (Nijenhuis et al., 2004, 2006; van der Hart et al., 2006).

*Sekundær strukturell dissosiasjon* referer til splitting av følelsene og forsvaret. Tidlig og gjentatt alvorlig traumatisering sammen med manglende mulighet for bearbeiding påvirker personens integrative kapasitet ytterligere slik at det oppstår en dissosiasjon av personligheten med én ANP og flere EPer. Den ytterligere oppdelingen skjer mellom to eller flere forsvarsundersystemer og det kan være systemer for årvåkenhet, kamp, flukt, total underkastelse, tilknytningsropet eller tilbaketrekning (Nijenhuis et al., 2004, 2006; van der Hart et al., 2006). Denne oppsplittingen hjelper personen for å fjerne seg emosjonelt fra seg selv og de vonde erfaringene, men den gjør samtidig at følelsene ikke blir integrert. Flere følelsesdeler kan være utviklet på bakgrunn av barnets behov for å takle ulike emosjonelle funksjoner: den redde, den sinte, den seksuelle, den som søker trygghet og tilknytning, osv. Disse delene kan ta over og agere på egen hånd, hvis noe i personen oppfatter en situasjon som utrygg. Når personen er aktivert i en følelsestilstand over lengre tid, kan denne tilstanden utvikle egne tankemønstre tilsvarende det alderstrinnet da traumene pågikk (Benum, 2006). Det er flere diagnosekategorier som faller inn under sekundær dissosiasjon. Det dreier seg om kompleks PTSD, uspesifisert dissociativ lidelse, ulike former for somatoform dissosiasjon og ustabil personlighetsforstyrrelse (Nijenhuis et al., 2004, 2006; van der Hart et al., 2006).

*Tertiær strukturell dissosiasjon* referer til splitting av identiteten. Når det skjer en oppdeling av ANP i tillegg til dissosiering mellom EPer, brukes betegnelsen tertiær dissosiasjon som er avgrenset til å gjelde kun dissociativ identitetsforstyrrelse (DID) som diagnosekategori. Den er mest gjennomgripende og alvorligst av alle dissociative lidelser og det er nettopp denne lidelsen som er grunnlag for min studie. Tidlig kronisk traumatisering forstyrrer den normale utviklingen i retning av integrerte handlingssystemer viet til funksjoner i dagliglivet og danner dermed grunnlaget for at flere enn én ANP kan utvikles. Gjentatt traumatisering i barndommen vil også fremme videre utvikling av EPer som ved sekundær dissosiasjon (Nijenhuis et al., 2004, 2006; van der Hart et al., 2006). Tidlige og gjentatte traumer griper inn i barnets måte å oppfatte, tenke og forholde seg til seg selv og omgivelsene på. Én må utvikle alternative måter å være i verden på, og særlig måter å unngå å være til stede. Løsningen er for mange da å splitte vekk deler av jeget (Benum, 2006). I tillegg til oppsplitting av hukommelse for traume (primær dissosiasjon) og følelsesmessig oppsplitting innad (sekundær dissosiasjon), vil noen utvikle separate jeg-tilstander som fungerer i det daglige og forholder seg til den sosiale virkeligheten. Personer som får DID diagnosen, synes

å ha vært utsatt for grovere vold og seksuell mishandling enn andre utsatte (Boon & Draijer, 1993). De fleste av DID pasientene har ved siden av overgrep opplevd betydelig omsorgssvikt, emosjonell neglisjering og tilknytningsforstyrrelse fra tidlig alder (Ogawa et al., 1997). Separasjon fra en omsorgsperson som samtidig er overgriper, aktiverer tilknytningssystemet, men når personen nærmer seg aktiveres forsvarssystemet. Denne vekslingen manifesteres som en fobi for tilknytning og en fobi for å bli forlatt (Crittenden, 1995). Ulike bevissthetsdeler av personen utvikler raskt eller gradvis også fobier mot hverandre. ANPer utvikler et fobisk forhold til traumatiske minner og unngår EPer som bærer disse minnene. Ulike EPer blir fobiske mot hverandre siden de representerer motstridende krefter som kan true hverandres eksistens og selvoppfatning (van der Hart et al., 2006).

Strukturell dissosiasjon av ANP i flere ANPer skjer ikke bare som direkte resultat av traumatisering. Splittelsen kan også oppstå på et senere tidspunkt, når visse aspekter ved dagliglivet som ikke kan unngås, minner om tidligere traumer og utvikler seg til betingede stimuli som kan reaktivere traumeminner. Da kan det oppstå et behov for å holde visse normale funksjoner fra hverandre og hver av disse ANPene retter seg selektivt mot stimuli som angår deres begrensede handlingssystem og tar seg av spesifikke funksjoner (Nijenhuis et al., 2004). Eksempler er det å begynne på skolen, være på jobb, ta seg av egne barn eller løse utfordrende følelsesmessige oppgaver i voksen alder. Mange har helt fra tidlig barndom hatt behov for å utvikle flere deler av seg som forholder seg til omverdenen. Delene kan ha navn, spesifikke funksjoner og en bestemt alder og disse delene tar barna med seg inn i voksent liv da de fortsetter å fylle svært viktige funksjoner for personen. Delene kan representere internaliserte fragmenter av overgriper eller biter av foreldreomsorg. Delene viser seg som småbarn med tanker og minner fra ulike utviklingstrinn da barnet trengte, men fikk ikke den voksnes hjelp for sin affektregulering. Som voksne vil mennesker med slike erfaringer ha lav toleranse for affekt, og kan lett gå inn i en annen modus som «tar over» (Benum, 2006).

Jeg skal ikke her beskrive grundig alternative forklaringer i forståelsen av dissosiasjon og fragmentering av det indre systemet, men det er viktig å påpeke at det finnes andre teoretiske modeller ved siden av teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten. Psykoanalytiker Bromberg (1998) f.eks. hevder at psyken ikke er integrert fra fødselen av, men er snarere en struktur som har sitt opphav i og som fortsetter som et mangfold av selv-andre-representasjoner. En god utviklingshistorie fører til at personen skal bare være vagt bevisst på

eksistensen av individuelle selvtilstander og deres respektive virkeligheter. Hver tilstand fungerer da som en del av en sunn illusjon om sammenhengende personlig identitet. Bromberg antyder at evnen til å "stå i mellomrommene" (transitional space) mellom motstridende mentale tilstander er et tegn på god psykisk helse. Men noen mennesker har ikke fått denne kapasiteten i sin utviklingshistorie. Gjennom traumatisering kan deler av barnets erfaring bli atskilt fra nettverket av tilstander som føles som «jeg». I de mest ekstreme tilfellene kan dette gi opphav til radikale dissosiative fenomener, med subjektiv erfaring og selv-andre-representasjoner som er avspaltet fra andre tilstander. I slike tilfeller splittes individets erfaring opp i isolerte og gjensidig utelukkende virkeligheter. Dissosiativ identitetsforstyrrelse utgjør et ytterpunkt på et tenkt kontinuum for fragmentering av det ellers mangfoldige selvsystemet.

Vi vet at teorier er bare konstrukter, de er en måte å prøve å organisere et fenomen på, de er altså ikke selve virkeligheten. Med dette som utgangspunktet har jeg i denne studien valgt å gå nærmere inn i teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten siden denne teorien utgjør forståelsesramme og rasjonale for behandlingen som er gitt i denne kasusstudien. Og jeg skal på min side forsøke å forstå fenomenet ut ifra pasientens og terapeutens beskrivelser.

#### **1.1.4 DID og andre lidelser med symptomoverlapp**

Differensialdiagnostikk mellom DID og andre psykiske lidelser med symptomatisk overlapp er vanskelig. Dette gjelder for det meste borderline personlighetsforstyrrelse og psykotiske tilstander, særlig schizofreni. Komorbide tilstander som depresjon, angst, rus, spiseforstyrrelse, og tilleggsproblematikk som selvskading og suicidalitet kompliserer det kliniske bildet ytterligere og gjør det enda vanskeligere å stille den riktige diagnosen. Pasienter med DID og andre komplekse dissosiative lidelser har i årenes løp ofte vært ut og inn av behandlingsapparatet mange ganger og fått én eller flere ulike diagnoser, typisk depresjon, fobi, personlighetsforstyrrelse eller schizofreni (Jakobsen, Benum & Anstorp, 2006).

Både klinikere og forskere ser mange likhetstrekk mellom symptomer og mønstre typiske for ustabil/ borderline personlighetsforstyrrelse og traumerelatert dissosiasjon av personligheten. Disse symptomene omfatter ustabilitet i stemning, selvbilde og affekter, vansker i interpersonlige relasjoner og markert impulsivitet. Allikevel synes evnen til å dele opp, kople

ut og fragmentere å ha vært mindre tilgjengelig eller lite fungerende for personer med ustabil personlighetsforstyrrelse (Anstorp & Benum, 2014). Mellom 50-70% av mennesker som senere får diagnosen borderline eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har opplevd fysisk og /eller psykisk overgrep i barndommen (Zanarini, 2000). Mange overlappende symptomer med DID gjør det vanskelig å stille diagnosen riktig. Her er det viktig at vurderingene gjøres gjennom kliniske observasjoner over tid (Jakobsen et al., 2006).

Barndomstraumene gir også økt risiko for psykoselidelser (Larsson et al., 2013). Berg & Bækkelund (2015) mener at traumatiske hendelser har ikke i seg selv viktig differensialdiagnostisk verdi siden traumatiske hendelser i barndommen er vanlig ved både psykose og DID. De mest vanlige overlappende symptomer er schneiderianske førsterangssymptomer i form av auditiv hallusinose og vrangforestillinger om influens. Ved auditiv hallusinose rapporterer pasientene stemmer som kommenterer det personen gjør, gir kommando eller snakker om personen i tredje person. Spesielt i tidlige sykdomsfaser kan det være vanskelig å avgjøre om symptomene oppstår på grunn av traumer eller om de er uttrykk for prodromal fase i utvikling av schizofreni, alternativt begge deler. Både pasienter med schizofreni og DID rapporterer at stemmene kommer innenfra og er stemningskongruente. Forskning har vist at pasienter med DID hører stemmer som har forskjellige roller, f.eks. kritiske, hjelpere, voksne og barnestemmer. Disse stemmene er kroniske og kan ha oppstått før fylte 18 år. Pasienter med DID rapporterer ofte navn som er knyttet til disse stemmene (Dorahy et al., 2009).

En annen studie gjennomført av Laddis & Dell (2012) viser at barnestemmer rapporteres oftere ved DID, mens imperative stemmer forekommer oftere ved schizofreni. Begge gruppene hørte stemmer som kranglet, men oftere rapportert av DID pasienter. En viktig forskjell mellom stemmer i schizofreni versus DID er hvordan personen selv opplever dette. DID pasienter vil i større grad plassere stemmene som en indre opplevelse som ingen andre kan høre, mens ved schizofreni er det vanligere med stemmer assosiert til vrangforestillinger (Bækkelund & Berg, 2014). DID pasienter har evnen til realitetstesting intakt (Howell, 2008). Kortvarige realitetsbrist kan forekomme, men som regel vil hallusinose være forståelig på bakgrunn av de traumene og krenkelser vedkommende har vært utsatt for (Jakobsen et al., 2006). Slike symptomer forstås som passiv innblanding fra avspaltede deler som påvirker personen i det indre, uten å ta full kontroll (Bækkelund & Berg, 2014). Et annet viktig skille mellom psykose og DID er at psykotiske pasienter har vanligvis hallusinatoriske opplevelser



fra én sansekvalitet om gangen, mens det er vanlig at DID pasienter hører plagsomme lyder samtidig som de ser skygger bevege seg ytterst i synsfeltet (Jakobsen et al., 2006).

Når det gjelder vrangforestillinger om påvirkning utenfra, f.eks. å være kontrollert fra ytre hold, at tanker blir påført eller stjålet fra personen, blir de ansett som et positiv symptom ved schizofreni. Pasienter med DID kan også oppleve ukontrollerbare impulser som er ganske forskjellige fra hvordan man opplever seg selv, eller kan ha tanker og sterke følelser som kommer plutselig og uten forvarsel. Ved DID forklares dette igjen som innblanding fra avspaltede deler og det er viktig hvordan personen forklarer dette selv. Det kan allikevel forekomme vrangforestillinger knyttet til delpersonligheter hos pasienter med DID. I dissociative tilstander når personen er påvirket av yngre «deler» av sin bevissthet, kan pasienten beskrive at yngre «deler» ikke kjenner igjen den voksne kroppen og fornekte disse fysiske endringene. Slike vrangforestillinger vil ha sammenheng med identitetsveksling og være av kortvarig art (Berg & Bækkelund, 2015). Hvis mulige vrangforestillinger er lett korrigerbare, tyder det i større grad på DID fremfor psykose.

Depersonalisering som en følelse av adskilthet eller fremmedhet for en selv eller egen kropp er vanlig ved mange psykiske lidelser, inkludert psykose og DID. DID pasienter beskriver følelsen «som om» men psykose pasienter faktisk «er» med i en film f.eks. Opplevelsen av verden som kvalitativt forandret, såkalt derealisering forekommer ofte ved begge tilstander. Ved psykose er hele eller deler av verden overvirkelig, med forsterket betydning og fremtoning, mens ved DID oppleves verden som uvirkelig, uklar og drømmeaktig (Berg & Bækkelund, 2015).

Både psykose og DID er kjennetegnet av alvorlig identitetsforvirring, mens DID spesielt preges av vekslning mellom bevissthetstilstander. Det er anbefalt at diagnosen Dissosiativ identitetsforstyrrelse (F44.81 – tidligere kalt Multipel Personlighet) gis kun i de tilfellene der behandleren har sett et tydelig skifte mellom identiteter dvs. delene av personligheten, og det foreligger amnesi for hendelser som skjer i en endret bevissthetstilstand (Bækkelund & Berg, 2014). Dell (2013) har sammenlignet amnesi mellom pasienter med schizofreni, borderline personlighetsforstyrrelse og DID. Han fant amnesi for hendelser i barndommen på tvers av gruppene, men det var bare DID pasienter som i tillegg hadde tap av minne for nyere tid eller tap av evner som de tidligere hadde mestret f.eks. å kjøre bil, lage mat osv. DID pasienter kunne også i ettertid oppdage bevis på at de har gjennomført handlinger de ikke kan huske. Det finnes imidlertid tilfeller som er vanskelige å klassifisere, særlig når pasienten har liten tilgang på språk og er vanskelig å få kontakt med. Komplekse dissociative lidelser og

psykoselidelser kan også være komorbide tilstander hos enkelte pasienter. Feildiagnostisering i en del tilfeller er forventet å forekomme, men inngående kjennskap til symptomer relatert til ulike lidelser er helt avgjørende siden feil diagnostisering medfører ineffektiv behandling.

### **1.1.5 Behandling av dissosiativ identitetsforstyrrelse og arbeid med delene**

Jeg er opptatt av hvordan denne lidelsen behandles siden det er en del uenigheter relatert til behandlingsteknikker. Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten gir et rasjonale for å arbeide faseorientert med personer som har vært langvarig traumatisert i barndommen (van der Hart et al., 2006). Behandlingen bør sikte mot å integrere dissosiative deler innenfor rammen av en sammenhengende personlighet, samtidig som delenes mentale innhold og handlingssystemer inkluderes. Målet er å få etablert et indre samarbeid mellom ulike bevissthetsdeler som enten ikke vet om hverandre eller har en destruktiv måte å sameksistere på. Om denne prosessen skal lykkes, må de forskjellige fobiske reaksjonene som opprettholder systemet, overvinnes uten at belastningen overstiger det pasienten kan tåle. Men pasienten kan heller ikke bli for lite stimulert og aktivert, behandleren må hele tiden jobbe innenfor pasientens følelsesmessige toleransevindu for å skape betingelser for trygg fremgang og unngå at pasienten dissosierer på nytt (Ogden & Minton, 2000).

*Den første fasen* går ut på stabilisering og symptomreduksjon. Målet er å overvinne fobien for tilknytning, fobien for egne tanker og følelser og fobien for dissosiative deler av personligheten (van der Hart et al., 2006). Terapien begynner med styrking av ANPenes integrative kapasitet, samtidig som en tar vare på evnen til å fungere i dagligdagse vanlige gjøremål. Dette vil, i følge teorien, kunne gi pasienten nødvendig psykisk styrke til å begynne å tåle ulike sterke følelser og kroppslige tilstander bedre, og over tid kunne modulere dem.

*Den andre fasen* går ut på bearbeiding av de traumatiske minnene og integrasjon av de vonde erfaringene som skal bli felles erfaring for ANPene og EPene. Fobien for traumatiske minner er vanskelig å overgå siden det kreves så høy grad av utholdende integrasjonskapasitet fra alle delene i personen. Terapeuten må styre omhyggelig pasientens aktiveringsnivå og hjelpe pasienten med å tåle traumeminner og traumerelaterte følelser. ANP må gradvis settes i stand til å eie tidligere opplevelser uten unngåelse og til å skape en narrativ beretning om traumet uten å dissosiere (Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2006).

*Den tredje fasen* i behandlingen kalles integreringsfasen eller rehabiliteringsfasen. Her foregår en dypere og mer omfattende bearbeiding av den alvorlige neglisjeringen personen opplevde under sin utvikling. Her er det målet å hjelpe pasienten med smertefull sorgarbeid og å gi slipp på feilaktige overbevisninger, å arbeide med selvforståelse, skam og skyld og utvikle nye ferdigheter for å klare å gå ut i verden og være i nære relasjoner.

Man beveger seg framover i modellen når pasienten er klar for nye steg og faser der personen oppnår nye nivåer av sin mentale integrasjonskapasitet. Tilsvarende tar man et skritt eller flere tilbake når det er behov for å repetere prinsipper fra tidligere faser. Dette skjer forhåpentligvis på et høyere nivå enn forrige gang da det ble jobbet med samme problematikken, slik at man ikke går i sirkel, men i en spiral og i riktig retning (Steel et al., 2006).

Et sentralt tema i behandlingen av DID innenfor denne teorien er å få alle de ulike delene i personen til først å bli tydelige for seg selv, for hverandre og for terapeuten for å kunne fremme mer aksept og gode måter til å forholde seg til hverandre på slik at de kan bli integrert senere i forløpet (Steel et al., 2006). Hvordan terapeuten bør jobbe og snakke med disse ulike delene er et viktig spørsmål som ser ut til å forandre seg fra tid til annen. Denne tendensen illustrer et utsagn fra terapeuten i denne kassustudien: *«...Etter hvert så ble det trenden at man ikke skulle snakke med deler, man skulle bare snakke med hovedpersonen som skulle ha en integrerende funksjon... Jeg har synes det har vært belastende med vekslende føringer på hvordan det er riktig å jobbe og ikke jobbe... f.eks. denne diskusjonen om hvorvidt man skal snakke med de små eller ikke».*

Hos de fleste pasienter med dissosiasjonsproblematikk vil terapeuten kunne arbeide med de ulike delene gjennom den voksne personen. Hos pasienter med DID vil imidlertid delene i personen komme så tydelig fram og gjøre seg så gjeldende at terapeuten må forholde seg til splittingen på en helt spesiell, konkret og direkte måte. Når terapeuten får oversikt over den indre organiseringen kan man ofte snakke til delene gjennom den voksne/ pasienten (Anstorp, 2006). Enhver intervensjon bør enten direkte eller indirekte ha som mål å støtte opp under at personen er én (van der Hart et al., 2006).

Terapeuten bør forholde seg til hele personen og snakke til alle delene i den indre verden, dette kalles for «multi-speak». Men det er ikke alltid mulig å arbeide med hele det indre systemet samtidig. Når en enkelt del er overveldet av en sterk følelse eller gjenopplevelse, ute av kontakt med virkeligheten eller benekter andre delers eksistens, er det nødvendig å arbeide direkte med denne delen og etterpå orientere ANPen hvis den ikke har fått det arbeidet med seg (Holbæk, 2014).

Fisher (2014) beskriver bruk av «delspråk» som en teknikk som er forskjellig fra «multi-speak» der terapeuten snakker til hele systemet samtidig og alle skal høre. Å snakke «delspråk» omfatter mindfulnessbaserte teknikker som styrker evnen til indre oppmerksomhet kombinert med «delspråk» for å vekke nysgjerrighet og utforskning av de enkelte delene. Terapeuten skal vente med å anerkjenne følelsene og skal bidra til å skape bevisst avstand til en følelse og bli nysgjerrig på den som et implisitt, ikke-verbalt minne hos en bestemt del. Ved å lære seg å atskille, dvs. å merke seg de ulike følelsene og reaksjonene som budskap fra ulike deler, kan pasienten begynne å forstå sine indre kamper bedre og unngå konklusjoner og avgjørelser som er basert på input fra én del eller én gruppe deler. Det å hjelpe pasienten å registrere tanker, følelser og fysiske fornemmelser som manifestasjoner av delene på en mindful måte, øker metabevisstheten og fremmer integrativ aktivitet i hjernen (Fisher, 2014). Det er altså forskjellige praksis i hvordan man jobber med de ulike delene. Mange klinikere er bekymret for at de øker oppdeltheten og skaper videre oppsplitting ved å fokusere på den (van der Weele, 2014). De mest skeptiske mot DID diagnosen påstår at behandlere som adresserer ulike deler i terapien er selve årsaken til oppsplittelsen hos pasienter (Lilienfield et al., 1999). Denne diskusjonen ligger utenfor rammene for denne oppgaven, men terapeuter bør være var for suggesjoner i møte med pasienter med dissosiativ problematikk.

## **1.2 Studiens formål**

Idiografiske beskrivelser fra praksis er en måte å få økt forståelse for et fenomen beskrevet i litteraturen gjennom teorien. Formålet med denne kasusstudien har vært todelt. Det første var å få innblikk i pasientens indre verden og hvordan pasienten opplever sin identitet og tilstand. Pasientens opplevelse av sin lidelse og beretning om hva som foregår på innsiden kan bidra til vår forståelse av fenomenet DID. Det andre formålet var å få tak i pasientens og terapeutens opplevelse av det terapeutiske arbeidet og hvordan pasientens endring foregår gjennom behandlingens forløp. Både pasientens og terapeutens fortelling om hva som oppleveres som viktige virksomme faktorer i denne endringsprosessen forsøkes nærmere belyst fra begge ståsted siden terapeutens og pasientens opplevelser kan være svært forskjellig. Derfor er det viktig å studere elementer i terapiprosessen både fra pasientens og terapeutens perspektiv.

På bakgrunn av det ovenstående har denne studien to problemstillinger:

Hvordan kan en pasients beretning om sin indre opplevelse av en splittet personlighet bidra til å forstå fenomenet Dissosiativ identitetsforstyrrelse?

Hva har vært til hjelp i behandlingen av lidelsen, og hvordan beskrives terapiforløpet fra pasientens og terapeutens ståsted?

## 2 Metode

For å nærme meg denne studiens problemstilling og belyse fenomenet DID, har jeg valgt å bruke en fenomenologisk metode som fokuserer på pasientens og terapeutens opplevelser fra et førstepersonsperspektiv. Etiske betraktninger og forskerens rolle som viktige komponenter i studiens gjennomføring blir drøftet. Avslutningsvis beskriver jeg de ulike trinnene i analyseprosessen.

### 2.1 Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)

Fenomenologiske analyser søker å utforske erfaringers essens, tekstur og kvalitet. Men ulike fenomenologiske analyser brukt for kunnskapsdannelse ligger i spennet mellom deskriptive og fortolkende alt avhengig av om de søker å beskrive et fenomen «at face value» eller å forstå mer om underliggende mening (Willig, 2013). Dette er relevant for min studie av et omstridt fenomen som dissosiativ identitetsforstyrrelse ser ut til å være.

Fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, heretter IPA) bygger både på fenomenologien der erfaring står sentralt og hermeneutiske prinsipper. Hermeneutikk referer til tolkningsteori. En viktig påstand her er at en betingelse for erkjennelse av sannhet er en forutgående forståelse av det vi prøver å forstå (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Det er altså ikke mulig å bare beskrive et fenomen uten at vi fortolker det. Det viktigste begrepet i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel eller spiral. For å forstå noe som har mening må vi alltid fortolke delene ut fra en viss forhåndsforståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene vil igjen virke tilbake på vår forståelse av helheten. Delene forstås utfra helheten, og helheten ut ifra delene i en stadig

vekselvirkning. Vår forståelse av både helheten og delene utvides og forandres gjennom forståelsesprosessen.

Ved siden av fenomenologien og hermeneutikken i IPA, er et viktig tredje element idiografi (Smith et al., 2009). Det idiografiske ser vi i interessen for det unike, partikulære i menneskets erfaring. Det er altså interessen for detaljer og nyanser og dermed dybden i analysen, og interessen i partikulære, erfaringsmessige fenomener som forstått fra partikulære mennesker i en gitt kontekst. Som resultat er utvalg alltid lite og nøye selektert og IPA kan brukes effektivt også for enkelte kasantalysen. Følgelig er IPA som analyseverktøy hensiktsmessig i denne kasantalysen hvor pasientens og terapeutens opplevelse er av betydning.

IPA har fellestrekk med andre mer deskriptive fenomenologiske metoder siden den prøver å få tak i kvaliteten og essensen ved unik menneskelig erfaring. Men til forskjell fra det opprinnelige fenomenologiske tankegodset, betrakter IPA mennesker som mer enn bare persiperende subjekter, mennesker er også aktive *meningsskapende* vesener som prøver å attribuere mening til deres erfaringer. Dette gjelder både informantene og forskeren. IPA har som utgangspunkt at det ikke er mulig å få direkte tilgang til menneskers erfaringer og subjektive livsverden (Willig, 2013). I møte med andres livserfaringer etterstreber forskeren å avdekke den implisitte mening gjennom fortolkningsprosessen.

Målet med IPA er å kunne si noe om individuell variasjon og det unike ved menneskelig erfaring. Hovedfokus er verken på universelle, allmenngyldige lover eller på å kunne generalisere kunnskapen. IPA er interessert i å få tak i spesifikke forståelser og opplevelser av et fenomen, mens kausale forhold som forklarer hvorfor slik erfaring skjer, forblir utenfor fokus for IPA.

IPA oppfyller noen av de viktigste kravene til validitet i kvalitativ forskning (Yardley, 2008). IPA imøtekommer sensitivitet til konteksten, både den sosiokulturelle og teoretiske, men ikke minst sensitiviteten til intervjusituasjonen og innsamlede data. IPA byr på detaljerte beskrivelser av stadiene i analysen, noe som fører til gjennomsiktighet i analyseprosessen som i sin tur er et grunnlag for vurdering av analysens kvalitet.

## 2.2 Forskerens innvirkning på prosessen og begrensninger ved studien

Jeg har allerede berørt dette tema gjennom beskrivelse av forskerens fortolkningsaktivitet som er implisert i analyseprosessen. Det er forskerens egne tanker, antagelser og meninger og ikke minst forskerens teoretiske ståsted og egne erfaringer som influerer forståelsen av informantenes opplevelse. Men forskeren med sin egen fortolkning er ikke betraktet som bias som helst bør elimineres, den blir nødvendig forutsetning for å kunne skape mening og forstå andres erfaringer (Willig, 2013).

Denne kasestudien springer ut av min interesse i traumefeltet generelt. DID er fortsatt en omdiskutert diagnose og mange stiller seg kritisk til den. De som er innenfor feltet og skiller DID fra en psykose, har ulike meninger om hvordan man skal jobbe i terapirommet. Jeg har vært interessert i livsverden til en DID pasient, hvordan hun føler og tenker om sin egen tilstand og hennes opplevelse av virksomme elementer i terapien. Samtidig har jeg ønsket å utvide denne forståelsen ved opplevelser av hennes terapeut som en form for triangulering, noe som alltid er anbefalt i enkelte kasestudier (McLeod, 2010). Mitt teoretiske ståsted innenfor den integrative tradisjonen, en teoretisk forkunnskap om traumefeltet, liten klinisk erfaring generelt og ingen klinisk erfaring med DID, min sosiokulturelle bakgrunn samt min egen interesse og erfaringer, alt dette er med på å påvirke prosessen. Min forståelse av informantenes utsagn er med på å utforme resultatene i analyseprosessen.

Det finnes to ulike tolkningsnivåer (Eatough & Smith, 2008). Det første nivået er deskriptivt og forskeren prøver å forstå informantens opplevelse «fra innsiden» og gjøre implisitt mening eksplisitt. Dette kalles for empatisk fortolkning. Det andre nivået er mer spekulerende og kritisk og forskeren forsøker å avdekke den skjulte sannheten bakenfor informantenes ord. Forståelse krever begge disse nivåene. Vi kan ikke forkaste vår kunnskap vi allerede sitter med, men vi kan heller ikke bare projisere vår forforståelse i møte med et nytt fenomen. Utfordringen blir da å finne balansegang mellom disse to nivåene slik at analysen verken blir bare repetisjon av informantenes egne beskrivelser eller min egen oppfatning av fenomenet. Forskerens innvirkning på analyseprosessen blir tydelig i det faktum at forskjellige fortolkninger av samme data er alltid mulig (Willig, 2013). Forskeren påvirker prosessen også i tidligere stadier. Det er min fenomenologiske, epistemologiske posisjon, samt min egen interesse som har formet mine forskningsspørsmål som blir bare noen av mange mulige kilder til kunnskapsdannelse om et og samme fenomen.

Intervjuguiden ble utarbeidet ut fra min teoretiske forforståelse av dissosiativ identitetsforstyrrelse og enkelte interesseområder knyttet til behandlingen av lidelsen. Dette har til en viss grad begrenset rammene for informantenes fri bevegelse og satt kurs for beretningenes utfolding. Andre typer spørsmål vil kunne åpne opp for andre relevante aspekter ved fenomenet DID. En av begrensningene er også spørsmål om denne kasusstudiens generaliserbarhet. Det er ikke mulig å generalisere på grunnlag av en enkelt studie. Kasusstudier inneholder samtidig en viss kapasitet for å bevege seg fra det lokale til det globale. McLeod (2010) argumenterer for såkalt «naturalistisk generalisering eller teoretisk overføring». Vi kan ikke generalisere direkte, men kasusstudier kan gi en ny innsikt som potensielt kan brukes i møte med nye kasus. Hver kasus er «kasus av noe», enkeltstående kasus uten noe referanse til en større populasjon er ikke vanlige, kanskje til og med umulige.

### **2.3 Valg av informanter for denne studien og etiske betraktninger**

Terapeuten ved poliklinikken tok kontakt med sin pasient for å sjekke om deltakelse i min kasusstudie eventuelt var noe hun kunne tenke seg. Det viste seg at pasienten hadde ingen motforestillinger mot å delta i en slik studie, hun hadde et positivt ønske om å bidra til at kunnskap om DID blir mer kjent og var villig til å la seg intervju. Før datainnsamlingen ble satt i gang, presenterte terapeuten meg for pasienten som ønsket å treffe meg en gang før vi begynte med intervjuer. Det var viktig å gi pasienten denne muligheten for å kunne få et inntrykk av hvordan det følte for henne å dele sine livserfaringer med en ukjent person. Under det første møtet fortalte jeg litt mer om meg selv og mine faglige interesser og om studiens formål og rammene for dette prosjektet der konfidensialitet og anonymitet står sentralt. Pasienten fikk vite at hun kunne trekke sitt samtykke til å delta når som helst uten å oppgi noen grunn og at dette ikke ville gå utover hennes videre behandling. Samme etiske prinsipper gjaldt for terapeuten, det var frivillig å delta og ønske om å trekke seg fra studien trengte ikke å ledsages av noen grunn.

Etiske refleksjoner må gjennomsyre forskningsarbeidet i alle faser, og alle trinn har sine egne etiske utfordringer forskere må ta hensyn til (Kvale, 2010). Dette gjelder til en høyere grad kliniske kasusstudier der vi, til forskjell fra studier med større utvalg, alltid finner en forhøyet risiko for at identiteten til pasienten eller terapeuten kan bli oppdaget når studien er publisert (McLeod, 2010). Aidentifisering av personlige data står dermed sentralt i dette forsøket å



bevare anonimiteten til informantene. I og med at pasienten mener at DID som lidelse ikke bør stigmatiseres og at hun ønsker at kunnskapen om DID skal ut og bli tilgjengelig til flere, vurderes denne studien som ikke-klausulert.

Det er allikevel en rekke ulike etiske utfordringer knyttet til potensielt negativ innvirkning på pasienten i en kasstudie. Pasienten kan bli konfrontert med forskerens fortolkninger som kan oppleves som fordreininger av hennes erfaringer og virkeligheten. Den terapeutiske relasjonen kan bli truet hvis pasienten ikke liker det terapeuten har sagt om henne til meg. En god strategi for å motvirke den potensielle skaden når man skriver er å aldri miste pasientperspektivet og hvilke konsekvenser det kan ha for henne. McLeod (2010) mener at pasienten bør være vårt viktigste publikum.

Pasientens og terapeutens autonomi i denne studien bevares gjennom informert samtykke som gir detaljert beskrivelse av konfidensialitet, frivillig deltakelse og trekkmulighet. Det ble også satt fokus på at både pasienten og terapeuten føler seg trygg og respektert i selve intervjusituasjonen samt i analysen av innsamlede data. Refleksivitet om mitt eget bidrag i tolkning av dataene kan betraktes som et forsøk å bevare den etiske dimensjonen.

Reglene som styrer anonymisering, vurdering av konsekvenser av deltakelse samt informert samtykke beskrevet ovenfor var særlig relevante for denne studien. Rettsnormene for medisinsk og helsefaglig forskning er regulert av Helseforskningsloven av 2008. Helsinki deklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer og normer som brukes aktivt i forskning over store deler av verden. Rettsnormer og etiske normer er dermed grunnpilarene i godkjenning av forskningsprosjekter foretatt av REK, de Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Sønderland, 2009). Klinisk forskning som gjelder pasienter må ha tilrådning fra REK før datainnsamlingen starter. Et unntak fra denne søknadsplikten er kvalitetssikringsprosjekter der behandleren eller behandlingsinstitusjon følger opp sine pasienter (Veileder av forskningsetisk vurdering av hovedoppgaveprosjekter). Denne studien er utformet som et selvstendig forskningsprosjekt som skal være en del av kvalitetssikringsarbeid ved en DPS allmennpoliklinisk enhet. I uttalelsen om ansvarsforhold står det at terapeuten ved poliklinikken, spesialist i klinisk psykologi, har etisk ansvar for gjennomføring av studien samt oppfølging av pasientens og min kontakt. Studien ble godkjent av intern forskningsetisk komité ved Psykologisk Institutt i september 2014, før datainnsamlingen ble satt i gang. Begge dokumentene er vedlagt.

## **2.4 Datainnsamlingen**

Datainnsamling foregikk ved poliklinikken, på terapeutens arbeidssted. Pasienten ble intervjuet alene, ved to anledninger innenfor terapeutens ordinære arbeidstid. Hvert av intervjuene varte i omtrent to timer. Terapeuten ble intervjuet etter noen få dager og intervjuet varte i en time. Vi møttes igjen på et senere tidspunkt siden terapeuten hadde noen utdypende kommentarer til enkelte spørsmål og noen mindre justeringer ble foretatt. Pasienten ønsket heller å få lydopptaket fremfor det transkriberte intervjuet. Begge takket ja til å få den ferdige hovedoppgaven.

Intervjuguidene var semistrukturerte i sin form (Kvale, 2010). Én intervjuguide ble utformet til pasienten og én til terapeuten. Spørsmålene var utformet slik at de skulle være åpne og gi nok rom til fri refleksjon og nyanserte beretninger om deltagerens erfaringer (Smith et al., 2009), noe som er høyt relevant i kasstudier. Det ble satt fokus på å etablere god rapport og at informantene kunne føle seg trygge og komfortable under intervjuet. Jeg forsøkte å innta rollen som en aktiv og empatisk lytter som prøver å forstå. I denne sammenheng kom det en del oppklarende og oppfølgende spørsmål i takt med hvordan intervjuet utviklet seg. Intervjuene startet med kort påminnelse om studiens formål og rammer samt informantens rettigheter og trekkmulighet. Lydopptak av intervjuene ble tatt med båndopptager. Lydfilene ble transkribert og avidentifisert etter intervjuet. Etter transkribering ble alle lydfilene slettet. Transkriptene ble også slettet da hovedoppgaven ble ferdigskrevet. Intervjuguidene og samtykkeerklæringer med infoskriv er vedlagt.

## **2.5 Analyseprosessen**

IPA beskriver en trinnvis modell for analyse (Smith, Flowers og Larkin 2009). Inspirert av IPA, ble mine analysetrinn følgende:

I trinn 1 ble transkriptene gjennomlest og gjennomlyttet samtidig for å få en oversikt over datamaterialet som helhet. Transkriptene ble gjennomlest to ganger til for å få bedre kjennskap til materiale. Hver ny gjennomlesing kastet nytt lys over dataene og det gjorde at enkelte deler og sammenhengen mellom dem trådte tydeligere fram. Den hermeneutiske sirkelen med hovedfokus på forholdet mellom helheten og delene var dermed til stede fra første trinn i analyseprosessen.

I trinn 2 ble transkriptene gjennomlest systematisk og kommentarer og stikkord for hvert av avsnittene i teksten ble skrevet. Disse kommentarene var av forskjellig art, det dreide seg om oppsummeringer eller parafraseringer, lingvistiske kommentarer, og assosiasjoner og tentative fortolkninger i tråd med Smith et al. (2009) sin inndeling i utsagn av deskriptiv, lingvistisk og konseptuell art. Utsagn av mer konseptuell art var mest tidkrevende og vanskeligst i og med at de beveget seg fra informantenes eksplisitte utsagn mot deres overbyggende forståelse av det de hadde snakket om. Det er her forskerens rolle kommer til syne siden det tilføyes personlig refleksjon, undring, erfaringer og kunnskap som et nødvendig element som løfter analysen over det overfladiske og rent deskriptive nivået. Et utsagn fra pasienten kan tjene som et eksempel: ...» *Men det er ikke usannsynlig at han (pappa) har vært med på noe og om han var med på de voldelige tingene der, det vet jeg ikke, ...det er vanskelig å si, Trine vil ikke, hun er pappas jente, skjønner du...*» Dette utsagnet ble konseptuelt tolket som en representasjon av forskjellige krefter i pasienten som står i sterk opposisjon til hverandre. Utsagn av deskriptiv og lingvistisk karakter er også av stor betydning siden de gir mer nyansert bilde og bidrar til å skape mening i en kontekst.

I trinn 3 ble de opprinnelige kommentarene transformert til gryende temaer som forsøkte å fange opp essensen av det som ble funnet i teksten. På veien mot abstrahering og utvikling av temaer er det nødvendig å bevege seg fra de konkrete dataene og forskeren fjerner seg mer fra det originale transkriptet. De gryende temaer er løftet til et mer abstrakt nivå relatert til psykologisk tematikk samtidig som de holder tråden tilbake til det som ble eksplisitt sagt i informantenes beretninger. Temaene reflekterer synergetisk effekt av beskrivelse og fortolkning (Smith et al., 2009). For å illustrere denne prosessen viser jeg til den konseptuelle utsagn fra forrige avsnittet som ble videre tatt i det gryende temaet «konfliktfylte relasjoner mellom delene».

I trinn 4 ble flere gryende temaer som dukket opp gruppert i noen individuelle hovedtemaer. Smith et al. (2009) beskriver flere prinsipper for gruppering av gryende temaer. På dette trinnet benyttet jeg meg av abstrahering (likhet mellom temaene), polarisering (det motsatte mellom temaene) og kontekstualisering (temaer relatert til spesifikke hendelser med temporal dimensjon). Jeg måtte stadig vende tilbake til den originale teksten for å sjekke og utfylle meningsdannelsen og for å finne informantenes utsagn som illustrerer disse temaene.

I trinn 5 ble hele prosessen gjentatt på neste datasett, dvs. det transkriberte intervjuet med terapeuten. Pasientens og terapeutens beretninger ble analysert hver for seg. Jeg forsøkte å

beholde den ideografiske dimensjonen i størst mulig grad i analyseprosessen (Smith et al., 2009). Det var viktig å ikke begrense muligheten til at nye temaer dukker opp i terapeutens fortelling.

I trinn 6 (siste trinn) ble resultatene fra begge datasett integrert og individuelle hovedtemaer ble gruppert i overordnede temaer. Det ble også tatt hensyn til det idiosynkratiske, både pasientens og terapeutens unike erfaringer relatert til samme tema ble bevart i denne integreringsprosessen.

Resultatene er presentert i en tabell i kapittel 3 for å gi oversikt over disse temaene. Alle personlighetsdeler som kommer gjennom pasientens fortelling er anonymiserte. Men først en kort kaspresentasjon av pasientens bakgrunnshistorie. Pasienten kaller jeg Maria.

## **2.6 Marias historie før hun fikk hjelp**

Maria er en kvinne på 45 år. Hun ble helsefaglig utdannet i voksen alder. Terapeuten beskriver henne som en kvinne med mange ressurser, hun er veldig god til å planlegge, ordne og ha logistisk oversikt. Hennes organisatoriske evner har alltid vært noe av hennes sterkeste sider. Maria er også usedvanlig kunstnerisk anlagt, hun er musikalsk, hun maler, vever og støper keramikk. Hun har også et sjeldent pågangsmot og driv som ikke tillater henne å gi opp selv i de sterkeste livets stormer.

Maria har en sterkt traumatisert oppvekst fra svært tidlig alder. Hun ble utsatt for alvorlige seksuelle, fysiske og psykiske overgrep. Første erindrete overgrep stammer fra tre-fire års alder. «...Vi bodde på det mottaket og de mennene som var med på dette her, de lokket meg inn i et rom i kjelleren hvor ungene ikke fikk lov å være. De skulle være ute og leke. Så det er det vi har fått frem i terapien at jeg gjorde noe galt ved å være med dem. Og det var flere av dem, jeg husker lyder og lukter og bilder...» Maria ble som fireåring sendt fra hjemlandet sitt til Norge på sommerferie. Det er fortsatt uklart for henne hvordan hun havnet i et fosterhjem og ble holdt igjen i Norge istedenfor å bli sendt tilbake hjem. Hun har hørt ulike versjoner fra forskjellige personer «...Papirene er vekk, det er ingen papirer i barnevernet, jeg har prøvd å få tak i dem, det synes jeg er veldig leit, det synes jeg var fryktelig dumt, å ikke kunne se hva fakta er.»

Maria har levd med at hun oppfattet bortsendelsen fra foreldrene som straff fordi hun hadde latt seg misbruke. Hun kom til en brutal fosterfamilie i Norge der hun fra starten av ble fortalt «... at jeg kom fra en dårlig familie og skulle på en måte reddes og ikke være utenlandsk lenger og alt det utenlandske var gærnt og alt det norske var bra. Og alt det gjerne jeg gjorde var arvet, og alt det gode jeg gjorde hadde jeg lært. Så jeg var feil, punktum.» Maria ble hele tiden minnet på at hun ville bli sendt vekk enda en gang hvis hun ikke oppførte seg ordentlig. Hvis noen ville ha henne.

Maria vokste opp med trusler, mishandling, emosjonell neglisjering og omsorgssvikt. Det verste var at ikke noe syntes utad. Hun var ordentlig kledd og hadde tilsynelatende alt det som et barn trenger. Fosterforeldrene var i følge Maria en anerkjent, overklassefamilie og hun burde være takknemlig og heldig for at hun ble reddet fra den dårlige familien hun ble født i. Det var verken lov å være lei seg eller være redd, de følelsene var ikke berettiget. «...Jeg fikk ikke lov å snakke med andre voksne, da kom de (fosterforeldrene) alltid og brøt av, så jeg måtte alltid være stille eller på rommet mitt. Jeg levde i min egen verden på en måte da. Så jeg synes nok de årene der var ganske skumle...» Det var heller ikke lov å ta med seg andre barn hjem. Maria opplever at fosterfamilien sementerte og forverret de opprinnelige traumene hun kom med til Norge. Maria ble voldtatt utenfor barnehagen, ikke lenge etter at hun kom til Norge. Hun sa ingenting til fosterforeldrene sine siden hun hadde gjort «noe galt» igjen. Hjemme fikk hun veldig mye skjenn på grunn av klærne som var i stykker. Ingen brydde seg om hvordan hun hadde det. Maria forteller at hun ble verken sett eller spurt.

Maria ble utsatt for massiv mobbing på skolen: «Det meste var verbalt, men det var også veldig mye fysisk. Jeg ble jo stengt inne i en sandkasse, og gjemte meg, låste meg inne på doen til stormen var over og alle var gått hjem og vaktmesteren begynte å låse... Men de (i klassen) var ikke de verste, de utenfor klassen var mye verre, det var de som banket meg... De tok meg på skoleveien og gjemte seg, snøballer med steiner i og full pakke. I klassen var det mer utfrysingsgreia og spydige bemerkninger og latteren». Fosterforeldrene visste om mobbingen, men de kom henne ikke til unnsetning. Åtte år tok det før lærerne stoppet det på ungdomsskolen: «...Så niende klasse var jo fredelig, men jeg var såpass skadet at tillit og sånn var jo ikke der. Jeg fikk jo ikke venner...»

Maria prøvde å ta livet sitt da hun var 16. Hun ble lagt inn med overdose fordi hun tok masse tabletter. Psykologen snakket bare med fostermor og anbefalte at de skulle ta kontakt med BUP. «Det ble aldri gjort, det var ikke interessant for henne, for jeg skulle bare slutte med det

*der. Så da benektet jeg at jeg gjorde det med vilje og sa bare at alt var uhell. Jeg kunne jo ikke».*

Maria fortsatte å leve et tilsynelatende vanlig liv. Hun fikk seg utdanning, jobb og to barn. Maria mistet den eldste sønnen sin i en trafikkulykke. Det store tapet førte til betydelig nedsatt fungering og indre fragmentering ble vanskelig å kontrollere: «...*Og så er det noe med det når du kommer til et visst punkt så stopper det seg selv tror jeg. . .at det på en måte da brister det, da klarer du ikke å holde i tømmene lenger. Fordi før fokuserer du på ungene, det er de som jeg lever for, og det er jobben du lever for, det er liksom alt annet. Og til slutt så kan du det ikke mer, og så raknet det...*» Først da begynte hun å søke hjelp i behandlingsapparatet, 30 år gammel.

### **3 Resultater**

Som beskrevet var formålet med studien todelt. Det første var å få innblikk i pasientens indre verden og hvordan pasienten opplever sin identitet og tilstand. Det andre formålet var å få tak i pasientens og terapeutens opplevelse av hva som er til hjelp i terapien og hva som skaper nødvendige betingelser for endring.

Analysen resulterte i to overordnede temaer med til sammen ti undertemaer som alle er presentert under i oversiktstabellen. Det første tema er kalt opplevelse av selvet og lidelsen og handler om pasientens liv med DID. De fire undertemaene er: (a) Vi eller jeg, (b) Delenes funksjoner, (c) Konfliktfylte relasjoner mellom delene og (d) Dissosiasjon - fra ubevisst oppsplitting til mestringsstrategi. Det andre overordnede temaet handler om virksomme elementer i terapien og dette temaet er kalt det terapeutiske arbeidet. De seks undertemaene er: (a) Veien til DID diagnosen, (b) Bevegelsen fra oppsplittethet til integrering av et jeg, (c) Arbeid med delene, (d) Affektfobien og arbeid med følelser, (e) Egenskaper ved terapeuten og (f) Betydning av god tid i terapi.

<b>Overordnet tema med undertemaer</b>
<i>1. Opplevelse av selvet og lidelsen</i>
a) Vi eller jeg
b) Delenes funksjoner
c) Konfliktfylte relasjoner mellom delene
d) Dissosiasjon - fra ubevisst oppsplitting til mestringsstrategi
<i>2. Det terapeutiske arbeidet</i>
a) Veien til DID diagnosen
b) Bevegelsen fra oppsplittethet til integrering av et jeg
c) Arbeid med delene
d) Affektfobien og arbeid med følelser
e) Egenskaper ved terapeuten
f) Betydning av god tid i terapi

Tabell 1: Overordnede tema med undertemaer

### 3.1 Opplevelse av selvet og lidelsen

Det første hovedtema forsøker å belyse hvordan livsverden til en DID pasient ser ut. Hva innebærer det å leve med DID diagnose og hvordan arter deg seg å leve med en splittet identitet? Pasientens fortelling om sin opplevelse av selvet og lidelsen ble av og til utfylt av terapeutens kommentarer for å få et mer nyansert og fyldigere bilde av pasientens væremåte gjennom disse årene i terapien.

#### 3.1.1 Jeg eller vi?

Mennesker har forskjellige roller og ulike sosiale oppgaver som krever at vi oppfører oss på ulike måter avhengig av situasjonen vi befinner oss i. Affektive tilstander som varierer og kognisjoner og atferd som kan endre seg, er et vanlig fenomen for alle mennesker. Det finnes

allikevel en tråd som forbinder alle disse ulike versjoner av oss til en helhet. Denne tråden er opplevelse av et sammenhengende, koherent selv. Pasientens opplevelse av selvet er tvetydig. Hun opplever at hun er én person og at «jeg» – betegnelsen føles riktig. Samtidig det er fortsatt flere i henne som gjør at opplevelsen av selvet er mer fragmentert og at «vi» – betegnelsen noen ganger gjenspeiler bedre hennes indre verden:

*I: Maria hvordan omtaler du deg? Som jeg eller vi?*

*P: Et godt spørsmål (ler) Jeg...Vi...(ler)*

*I: Begge deler?*

*P: Ja. Jeg er veldig bevisst på at det er jeg nå, men noen ganger så stemmer det ikke. Noen ganger så må det være vi fortsatt. Og de*

*I: Hvem er de?*

*P: De, det er jo avhengig av hvem som snakker, så blir de, de andre, eller dem. For hvis Ellen snakker om den eller de, og ikke bruker navn da, det betyr at man snakker om noen av de andre, enn meg selv på en måte, enn den som er fremme. Og det skjer hvis jeg f.eks. ikke kan vedkjenne meg de følelsene de representerer eller det de representerer...*

Det skjer fremdeles at pasienten kan oppleve følelsesmessig avstand til de ulike delene av seg, noe som gjør det vanskelig å ta innover seg og integrere noe som oppleves forskjellig fra den som er fremme, fra «jeget». Oppsplittethet og opplevelse av «vi» kan komme særlig til uttrykk i vanskelige situasjoner og krisetilfeller når trykket øker og pasientens opplevelse av selvet skifter. Noen ganger kan det skje når pasienten ikke føler seg truet. Det skjedde også under intervjuet at flere i henne ville gi seg til kjenne:

*P: Og så er det jo da, sånn at det er, ti ti ti, ti, ti (synger og ler) nå datt jeg ut, det er mange som vil til orde her og de vil være med, vet du (ler).*

*I: Hører du de stemmene nå?*

*P: Ja, jeg hører dem og jeg merker det på at jeg ikke finner ut på en måte hva jeg skal si. For det er flere som sier flere ting på en gang og så skal det ut bare én vei.*

*I: Klarer du å styre dem?*



*P: Ganske mye. Men noen ganger går det litt hulter til bulter. Og det merker man at jeg skifter, jeg kan hoppe veldig, det er vanskelig å holde kontinuerlig, flytende. Det er det jeg merker på for jeg er egentlig ganske strukturert av meg, men det får jeg ikke helt til, for det kan vimse i alle retninger noen ganger, men det får bare være det. Og så hva var det du spurte om?*

Gjennom årene i terapien har pasienten fått økende kontroll over sitt indre og klarer på en mer reflektert måte å styre diskusjonene mellom flere i seg når det skjer og greier lettere å hente seg inn. Selv om det fortsatt er flere inne i henne, trenger ikke alle å komme til orde med sitt, men har lagt seg mer i bakgrunnen og samtykker i det stille. Da føles også «jeg»-betegnelsen riktig for pasienten siden alle i henne er en person, i en kropp. Denne prosessen har tatt lang tid. Denne reisen mot et mer integrerte selv kunne ikke finne sted hvis pasienten ikke hadde fått lov til å være «vi», fått lov til å være de forskjellige. Det er noe hun opplever som viktigst:

*(...) for alle har sin hensikt, funksjon, ferdigheter og kunnskaper som trenger å forenes. Og da må altså alle først få være den de er. Og når flere etter hvert vet om hverandre og mener det samme, så er det vi som snakker gjennom én. Etter hvert så har det gått mer over til å bli unisont mellom flere i meg.*

Tekstutdraget forteller om pasientens opplevelse av viktigheten av å kunne kjenne og vedkjenne seg de ulike delene i seg, bli klar over deres erfaringer og deres funksjoner. Å kunne kjenne de forskjellige og vedkjenne seg hva de representerer, førte til at de delene ble nærmere hverandre og mer akseptert av hverandre, noe som gjorde at pasienten i økende grad opplever seg som et sammenhengende «jeg». Eller «vi».

### **3.1.2 Delenes funksjoner**

Maria ble gradvis kjent med de ulike delene i seg. Alle utgjør en psykologisk verden for seg med sin historie, sine erfaringer, minner, tanker, følelser og handlinger. De har oppstått på forskjellige tidspunkt i livet. Pasienten forklarer det slik:

*(...)Og det henger sammen med hva man faktisk har i bagasjen. Jeg opplever vel at det har oppstått nye deler når det skjer nye traumatiske ting. Og de dør eller legger seg vekk, de*

*fryser fast og blir overtatt av noen andre når det skjer traumatiske ting...Siden de delene oppstår, må de ta seg av det og det. Den delen må ordne det, den andre må ordne det(...)*

Her kommer det fram pasientens måte å skape mening av sin lidelse på. Det er de vonde erfaringene pasienten har opplevd som har fått stor innvirkning på hennes utvikling og utforming av personlighetsstrukturen. Men de ulike delene er mer enn passive bevissthetstilstander eller eksistensielle enheter som bare fins, de har ulike funksjoner og oppgaver de må ta seg av.

Maria forteller under intervjuene om 15 ulike deler av seg, alle med forskjellige navn, alder, motoriske uttrykk, språk og ikke minst håndskrift: «... I begynnelsen måtte jeg skrive for hånd fordi de minste ikke kan skrive på maskin, de minste kan ikke skrive i det hele tatt, og da er det de nest minste som skriver for dem og det er de kråketegna».

Jeg har prøvd etter min beste evne å systematisere og lage en oversikt over de ulike delene, deres funksjoner og grupperinger (se figur 1 på side 32). Som jeg har allerede nevnt, er alle delene anonymiserte. Noen av de delene er voksne, andre er fortsatt små. Noen har vedvart gjennom hele livet og blitt voksne, noen er blitt litt eldre gjennom årene i terapien. Noen av delene har prøvd å ordne mer praktiske ting og greie hverdagen mens andre har tatt seg av redsel, tristhet eller sinne, de sterke følelsene Maria ikke hadde fått lov verken til å oppleve eller uttrykke under oppveksten og ungdomstiden.

Pasienten har gjennom årene i terapien tilegnet seg omfattende kunnskap om sin lidelse og hun bruker selv de faglige begrepene under intervjuene. Hun forteller om sine fire ANPer, altså de delene som gjenspeiler normalitetens krefter og sørger for at de andre, emosjonelle delene (EPer) ikke kommer til syne, særlig når andre mennesker er til stede. Ulike ANPene (dagliglivsdeler) har også ulike funksjoner. Pasienten beskriver to av sine voksne hoveddeler der den ene er Ellen, dyktig organisator som oppsto ved gymnastiden, mens den andre er Mammaen, en mer omsorgsfull del som ble til da pasienten var 4 år:

*«(...) de har operert i mitt voksne liv samtidig og da ble det veldig tydelig at de har så ulike funksjoner fordi det rasjonelle, det har jeg ikke kunnet forene med den omsorgsdelen. Så den rasjonelle delen er mye hardere, den er ikke så omsorgsfull, men den er også veldig effektiv, det er den som planlegger og ordner og fikser alt mulig, mens Mammaen er den som ser, som ser andre, som vet hva de trenger, som sanser, som har de antenner for de andre der ute i verden».*

Det er altså en distinkt skille mellom disse delene som opererer parallelt hver for seg og skifter seg imellom avhengig av om det dreier seg om hverdagslige sysler som utdanning, jobb, husarbeid, bilkjøring eller om det er situasjoner der hun må forholde seg til andre rundt seg. Gjennom arbeid i terapien er disse to delene blitt mye mer integrert og klarer nå å utfylle hverandre på en mer smidig måte, pasienten kaller dem for Ellenmammaen. Den tredje ANPen (dagliglivsdel) er Elin som oppsto i grunnskolen da pasienten var 12 år. Elin er empatisk og hun er den eneste som i begynnelsen av terapien hadde oversikt over hele systemet, både over de små og de voksne. Terapeuten sier om Elin: *«Hun hadde faktisk kontakt begge veier i systemet og hun var en slags tolk for de små til meg og til Ellen som var hovedpersonen.»* Elin husker mer og hører mer. Før Elin var det den første ANP som er den yngste av ANPene. Hun heter Hilde og hun oppsto da den lille jenta som ble sendt til Norge ikke orket mer. Hilde ble til for at Maria kunne overleve og tilpasse seg brutale forhold i sin nye familie. Hennes oppgave var å være som andre barn.

Pasienten omtaler alle de andre delene på samme måten som de er beskrevet i faglitteraturen, som EPene (emosjonelle, traumbærende deler): *«Så den første delen jeg har er Sprella, som er under 2 år, hun har ikke språk, hun er ganske vital og snakker som regel gjennom hendene på meg (viser), så da ser man at hun er på banen. Og så er det en på 2,5 år etterpå, Trine. De har nok vært virksomme ganske samtidig, både oppstått og vært virksomme...Og så de har jo oppstått under overgrep. Sånn at Sprella prøvde å protestere og forsvare seg på en måte, mens Trine underkastet seg, hun var jo redd, hun er en ganske sterk del, stor del, og har fått frosset fast som to- og halvtåring, men hun har blitt litt større nå for jeg har jobbet med henne...»*

Det ser ut til at Sprella representerer den agensen som prøver å sette grenser, den sinte fight delen som ikke vil gi seg, den som prøver å bevare sin integritet. Trine er den redde, frys delen som prøvde å overleve ved å ikke vise motstand. Den strategien var meget hjelpsom for å redusere omfanget av skadene under overgrep, men den ga samtidig pasienten en sterk følelse av skyld og skam fordi hun hadde gjort noe galt.

På et senere tidspunkt da pasienten begynte på skolen, oppstår flere sinte deler etter hverandre som har vært fysisk sterke og slåss gjennom de årene da pasienten ble utsatt for mobbing og måtte forsvare seg mot den psykiske smerten. Arild er yngst av dem, han er høylytt. David er ikke så høylytt, han er smartere. André satt i gang senere, han er eldre og kan være ganske spydig. Disse guttene representerer aggressive utadrettet deler, opprørere som har vært

destruktive i sin framtredden, som er sinte på omverdenen. Pasienten har også to aggressive innadrettet deler, det er de delene som straffer henne hardt og kan utløse selvskading: «*Mia er en voksen person for hun har på en måte vært de voksnes... de som har tatt meg, som korrigerer meg og vært selvstraffer på en måte. Men det startet veldig tidlig, helt ned i 2-3 års alderen. Mia passet på regler, så jeg var ekstremt flink til å tilpasse meg da. Det var veldig spesielle forhold hjemme der de kranglet mye og han (fosterfar) var ganske brutal, veldig verbalt brutal*».

Mia representerer de kritiske røstene som er blitt internaliserte og blitt til pasientens egne. Mia er den selvangripende delen og hennes funksjon er å passe på at ikke noe galt skjer. Kutter'n er den som selvskader seg. Terapeuten forteller: «*Mia sendte Kutter'n ut i følge Maria. Hvis hun hadde gjort noe galt, f.eks. hvis hun hadde spist for mye eller hvis hun hadde sagt for mye. Det skjedde ikke i mine timer, men det kunne skje i forhold til andre personer, med økt lidelsestrykk og angst. Og da, i Maria sitt språk, så da sendte Mia ut Kutter'n for å få denne lindringen og avledningen som ligger i den kuttesmerten*».

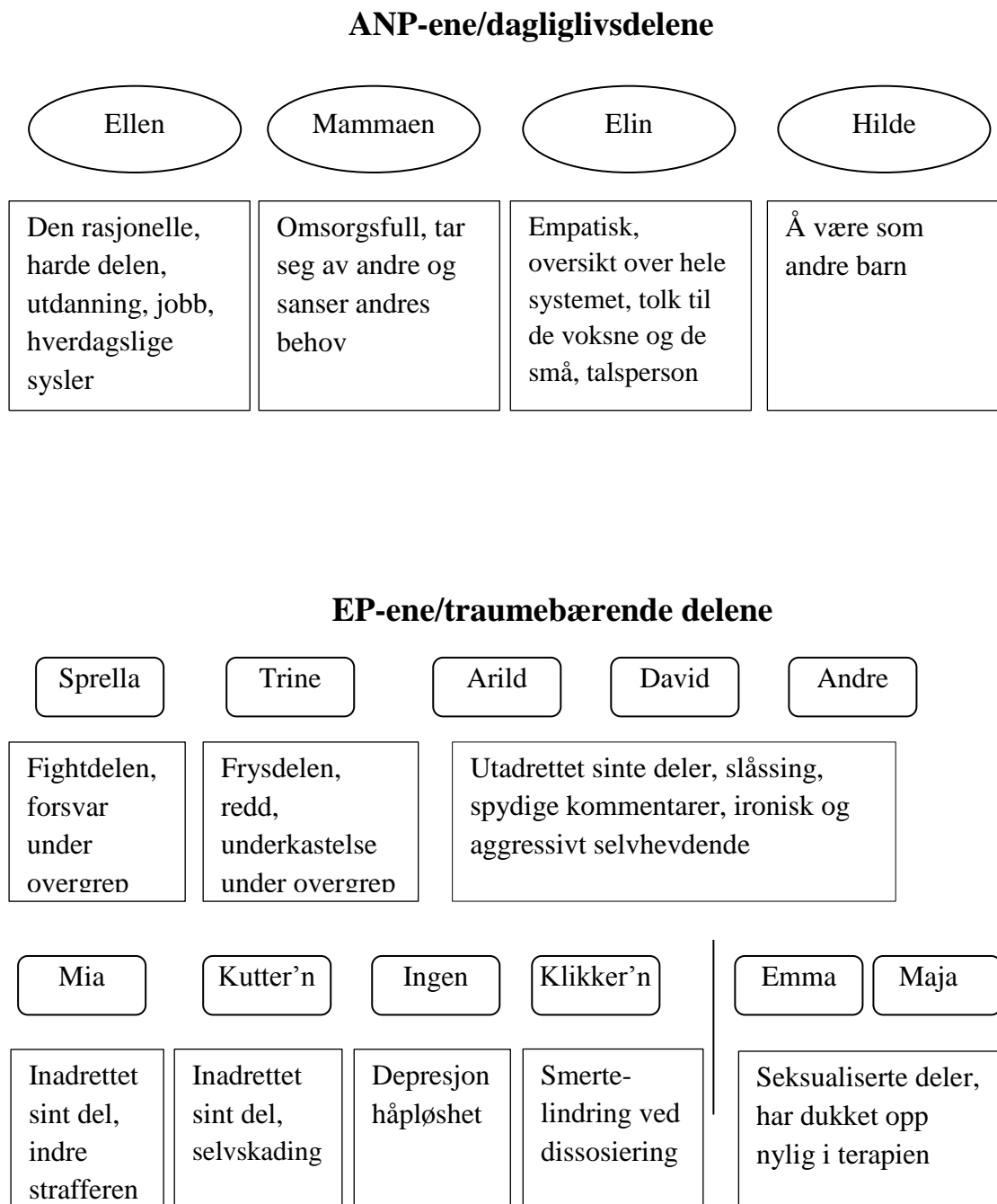
Pasienten har aldri hatt selvskading i ekstremt grad. Siste episode var i 2010 under et opphold ved en psykiatrisk avdeling da pasienten ble rediagnostisert til borderline personlighetsforstyrrelse og ble nektet å ha kontakt med terapeuten sin. Under oppholdet som pasienten opplevde som ekstremt retraumatiserende opprettet hun en ny del som heter Klikker'n. Den delen klikket hele tiden og dette hadde beroligende effekt. Klikker'n hjalp pasienten til å tåle og holde ut det uutholdelige trykket hun opplevde da. I følge pasienten forsvant Klikker'n da oppholdet tok slutt. Hun har siden klart å ta kontroll over selvskadingen og Kutter'n er nå i ro.

Pasienten snakker om en del som heter Ingen: «*...Ingen er veldig destruktiv i den forstand at den er jo Ingen, håpløsheten, depresjon, da går du lett ned i det svarte hullet og blir ikke noe og orker ikke mer...og da er det like greit å gjøre slutt. Hvis den blir for sterk, Ingen er jeg redd for, når den tar over for mye, for den kan faktisk finne på noe, men vi har klart oss så langt, så...*». Det virker at denne delen er mest skremmende for pasienten, at den kan være så sterkt ødeleggende for henne. Denne delen innehar mest sannsynlig sterke traumeminner og følelser som er vanskelig å tåle. Ingen er den delen som truer hele systemet og får alt til intet. Det er samtidig klart at pasienten bærer mye håp og tro på at Ingen skal aldri overta helt og at hun finner styrken i seg selv for å kjempe videre.

To gamle deler har dukket opp ganske nylig i terapien, de har vært ute av bevisstheten til Maria hele tiden. Pasienten var i et forhold med en nær tilknytningsperson som ville at forholdet skulle bli hemmelig. Hun var ikke klar over det selv, men forteller at noen av delene ante om det eller visste om det på et eller annet nivå. Det tar tid å bearbeide det hele og få ryddet opp i det, som pasienten sier.

Terapeuten ser disse delene slik: «... *Emma som er sterkt erotisert og som jeg har visst om hele tiden, som hun ikke har visst at jeg har sett, som jeg påpekte og hun bare har forsvunnet. Og Maja som er en av de små som har forsøkt å ligge med ham. For det var det at hun skulle, det var en plikt...Det var på en måte den siste barrieren. Nå har hun full oversikt*». Pasienten bærer med seg sårbarhet for at overgrep fortsetter og gjentar seg. Vi ser hvordan gamle mønstre trer i kraft, at pasienten underkaster seg og sier ikke noe hvis hun blir pålagt, for det er det hun er opplært til.

Oppsummert viser jeg en figur som gir en oversikt over de delene som ble beskrevet.



**Figur 1: Delene og deres funksjoner i personlighetssystemet**

### 3.1.3 Konfliktfylte relasjoner mellom delene

Så langt har det sett ut til at alle delene har sine funksjoner og ulike oppgaver de tar seg av og at de til sammen klarer å få til tilværelsen. Det har imidlertid ofte vært kamp mellom de ulike delene som hver har sine egne behov og motivasjon som ligger bak handlingene. Dermed blir det utfordrende å få dem til å samarbeide og forene dem, noe som er mål i terapien.

Det virker at de sinte delene ikke bare er sinte på omverdenen, de er også sinte på «de små» som er svake, redde og lei seg. De sinte slåss med mobbere, men har også straffet Maria når såre følelser kom til uttrykk. Terapeuten husker: «*Mia som kom frem i starten, passet veldig på at ikke disse ulike små kom fram, noe som gjorde at jeg ikke fikk et overblikk over hvordan hun fungerte, synes jeg.*» Den straffende delen ville ikke slippe til de små som trengte å bli roet ned og trøstet.

Det kommer også gjennom pasientens fortelling flere eksempler der det blir åpenbart at de ulike delene og hovedpersonen som fungerer i nåtiden, har vært preget av konfliktfylte relasjoner til hverandre. «*Ellen ville ikke ha forholdet seg til Elin og har ikke orket å forholde seg til de små*». Det var følelsesmessig krevende for Ellen som den harde, rasjonelle delen.

Hun ville ikke bruke energi på noe som ikke var viktig for henne for hun klarer seg like godt uten følelser. Det kommer også fram en konflikt mellom de destruktive delene og de som er mest operative, som ønsket verken selvskadning eller at pasienten tar livet sitt: «*...den krigen, selve krigen i kuttingen var der, ekstremt... Den er så sterk noen ganger, så til slutt så måtte jeg gi tapt. Men det gikk ikke over i å bli helt, 100 % suicidalt i de årene... det var alltid noe som stoppet det da i meg, heldigvis*».

Overlevelseskraften har vært sterkere og greide å kjempe imot den dødstrangen som den lette utvei for smerte. Pasienten har klart å vinne krigen med sine destruktive deler og hun fortsetter å kjempe videre. Denne kampen ser vi også i nyere tid når pasienten snakker om de to delene som dukket opp nylig i terapien: «*De har gjort ting som jeg ikke vil og ikke skjønner at jeg har vært med på... Det var vanskelig å få henne (Emma) til å gi seg til kjenne (til terapeuten) og Maja vil fortsatt ikke* ».

Det virker at gjennom årene i terapien er de straffende stemmene blitt svakere og pasienten sluttet med selvskadningen. Hun har lært seg, sikkert motvillig, at det finnes viktige følelser i alle delene, følelser hun må lytte til. Pasienten sier: «*Før var det sprikende, krigete hele tiden,*

*mens nå, når det skjer, for det blusser opp, så kan jeg diskutere med dem (delene). Vi kan finne ut av litt og rasjonalisere, jeg hører at jeg snakker høyt til meg selv noen ganger (ler)».*

### **3.1.4 Dissosiasjon – fra ubevisst oppsplitting til mestringsstrategi**

*«Jeg skjønnte ikke hvorfor jeg ikke husket noen ting mellom arbeidsslagens slutt og neste dag. Jeg husket ingen ting, det var helt borte. Jeg var borte fra jeg satt meg i bilen til jeg var hjemme og til jeg var på jobb neste dag. Så vet ikke jeg hvem og hva som skjedde omtrent... Jeg visste ikke at det var det jeg gjorde (dissosierte), jeg bare visste at jeg skiftet meg selv på en måte... Og så tenkte jeg at sånn er jo for alle»*

Sånn var det for pasienten i tiden før hun søkte hjelp. Hun var uforståelig for seg selv og skjønnte ikke hvorfor hun ikke husket noen ting og hvor denne opplevelsen av å ikke være den samme hele tiden kommer fra. Vi ser hvordan pasienten prøver å skape mening og normalisere sin indre fragmentering ved å tenke at alle mennesker opplever det samme som henne. En slik oppfatning var mest sannsynlig en effektiv måte å dempe sin angst på, angsten som måtte ha oppstått i møte med det ukjente, det ufattelige.

Pasienten forteller at hun dissosierte helt fra hun var lita, hun bare koblet ut og kjente ikke noe, eller husket ikke noe. Hun visste ikke da hva hun gjorde, men nå tolker hun det som hennes måte å komme seg unna alt det vanskelige og utålelige i livet. Hun hadde en følelse at hun skiftet seg på et eller annet vis. For meg virker det som at hun ikke kunne sette ord på det, det var utilgjengelig for hennes bevissthet. Og det skjedde ofte ukontrollert, det var en reaksjon som kunne styre henne og hele tilværelsen. Det virker som om det var en automatisert respons utløst av noe smertefullt som hørte til fortiden, nesten som en refleks som ikke lot seg overskride.

Gjennom årene i terapien har dette forandret seg. Det kan fortsatt hende at pasienten begynner å dissosiere og forsvinner, men det skjer i mye mindre grad enn tidligere. Hun er for det meste klar over det, når det skjer, og ikke minst hvorfor det skjer: *«...Ja, hvis det er veldig sterke triggerer så kan det skje fortsatt...Lukter kan komme veldig plutselig og jeg kan ikke på en måte skjerme meg mot, de er en av de sterkeste triggerne. Og lyder. Hvis noen plutselig begynner, så er det veldig vanskelig å skjerme seg mot. Hvis det er gradvis, hvis det lader opp sånn, da er det lettere for å kunne registrere og tolke og på en måte rasjonalisere det inne i*



*seg og si ifra til alle hva som skjer. At det ikke automatisk er min skyld, jeg har gjort noe galt og det er sikkert derfor de krangler»*

Selv om det fremdeles kan virke som en ukontrollert respons noen ganger, viser pasienten mer forståelse og innsikt i hva som foregår inne i henne. Hun har lært seg å kjenne de stimuli som kan framprovosere denne uønskede tilstand og hun har lært seg strategier for å beskytte seg og forebygge at dissosieringen tar overtak. Ved å rasjonalisere og rette opp gamle negative automatiske tanker, klarer pasienten å berolige hele systemet og gjenopprette stabilitet.

At pasienten har fått økt kontroll over og at hun håndterer dissosieringen lettere, viser følgende avsnitt: *«Jeg har inntrykk at det skjer mest når jeg er alene. Kanskje fordi da behøver man ikke å passe på så mye. Når jeg er ute, så passer jeg mye mer på... For da er det nødvendig for meg og da vil jeg det. Så det er ikke så veldig ofte at jeg opplever å dissosiere».*

Fra dissosiasjon som ubevisst oppsplitting, gjennom økt kontroll over den, har pasienten beveget seg mot å kunne bruke dissosiasjon som en ferdighet, som mestringsstrategi. Det er kvalitativt annerledes når man vet at man dissosierer enn når det kommer uventet. Dette er noe man kan gjøre med vilje og ha nytte av det. Pasienten har lært å dissosiere og være til stede samtidig uten at hun skifter til en annen. Hun forteller: *«Forskjell er når du gjør noe bevisst eller går inn i en vanskelig situasjon og når jeg vet at dette her er for vanskelig og dette kommer jeg ikke til å takle. Så istedenfor å kjenne at dette her blir for vanskelig, så kan jeg kjenne, ok, det tar jeg bort. Nå kan Trine ligge i sengen sin og vente, nå kan Hilde tenke på at vi kan snakke om dette med terapeuten når vi kommer igjen og så kan jeg ordne opp i dette nå...».* Slik sett kan dissosiasjon fungere effektivt som et forsvar for pasienten, en måte å regulere seg selv på, noe som gir opplevelse av mestring og økt toleranse for affekt.

## **3.2 Det terapeutiske arbeidet**

Dette overordnede temaet setter lys på det terapeutiske arbeidet og får frem de sentrale aspektene som oppleves som vesentlige endringsfaktorene i dette forløpet. Både pasientens og terapeutens beretning om hva som oppleves som viktige endringsagenter og hva som var til hjelp i terapien forsøkes nærmere belyst fra begge ståsted. Jeg forsøkte å beholde tidslinjen

ved å ta inn tiden fra pasienten begynte å søke hjelp, gjennom årene i terapien, helt til nåtid, siden tidsaspektet er viktig for å kunne illustrere alle endringene som har inntruffet over tid.

### 3.2.1 Veien til DID diagnosen

Etter at pasienten hadde mistet sønnen sin i 2000 ble hun veldig dårlig. Sorgen var en naturlig prosess etter et så stort tap, men pasienten beskriver det selv som en unntakstilstand som gjorde at hun endelig måtte søke hjelp. Det første møtet med behandlingsapparatet var en negativ erfaring. Pasienten fikk diagnose ADHD og en terapeut som ikke var tilgjengelig. Pasienten har hatt en fastlege som har fulgt henne opp i alle disse årene, en lege pasienten kan stole på: *«Så det å ha den stabile kontakten som tok meg på alvor, det var veldig fint. Men hun følte veldig hjelpeløs fordi jeg kom jo dit og var jo plutselig «vekk i stann» og hun skjønnte jo ingenting. Hun skjønnte ikke hvorfor jeg var lita da jeg var der, f.eks. Vi havnet da på sorgen og det med overgrep var en liten bisetning i mitt hode, jeg visste om det så vidt, men det var uviktig, det var jeg ferdig med».*

Vi ser hvordan pasienten bagatelliserer de vonde erfaringene fra fortiden som aldri ble bearbeidet og som igjen ble trigget av den store påkjenningen da hun mistet barnet sitt. Pasienten hadde brukt mye energi på å unngå og devaluere alle de grusomme opplevelsene hun ble utsatt for og prøvde å tilpasse seg og leve et vanlig liv. Hun hadde en del symptomer gjennom årene, det var symptomene hun klarte å leve med. Pasienten hadde bulimi, lite sosialt nettverk og hun skiftet jobb fra tid til annen. Hun skiftet også seg selv på en måte da hun dissosierte, men det visste hun ikke da og tenkte at sånn var det for alle. Men hele tilværelsen ble uutholdelig og alt raknet da pasienten mistet sønnen sin. Ubearbeidet sorg, depresjon og spiseforstyrrelse var grunnlag for å søke opphold ved en spiseavdeling som pasienten måtte vente på i tre år til. Det var en forutsetning å ha en terapeut for å få plass der. Da fikk pasienten tak i en psykiater som var veldig støttende og denne relasjonen fortsatte de neste seks årene til psykiateren måtte avvikle praksisen sin.

Pasienten ble mye dårligere det siste året før hun fikk innvilget opphold ved spiseavdelingen og sier at hun dissosierte mye og husket nesten ingenting mellom arbeidshagens slutt og neste dag. Hun slet mye med å skape mening ut ifra symptomene sine: *«...jeg var desperat etter å bli frisk uten å vite hva det var og desperat etter å fungere og fortsette i jobben som jeg endelig hadde fått og finne ut hva i all verden er det som skjer».*

Hun betraktet tilstanden sin som en følge av sorgprosessen som ikke hadde fått gått sin gang ordentlig og det at hun var veldig sliten av jobben sin. «...jeg merket at dette fungerer ikke og det er ikke bra for pasientene og det er ikke bra for meg. Så jeg sykemeldte meg...og ventet på opphold, der skulle jeg bli i tre måneder, bli frisk og dra tilbake på jobb (ler)». Det var krevende og intenst å jobbe med schizofrene og psykosepasienter når hun slet med svekket kontroll over sin indre fragmentering. Det at pasienten selv jobbet med psykosepasienter ga henne mulighet til å sammenligne sine opplevelser med deres. Hun fikk innsikt i at det dreide seg om kvalitativt annerledes erfaringer, noe som gjorde at hun beveget seg fra å være psykotisk og skjønnte at det ikke kunne stemme for henne: «...men jeg visste at det ikke var det (schizofreni), men det var jo klart en stund at jeg begynte å lure når det var så mye sammenfallende, tilsynelatende sammenfallende ting, men det var ikke det. For meg er det veldig tydelig forskjell. Jeg opplever det sånn at de jeg har møtt som er alvorlig schizofrene og når de hører stemmer så hører de stemmer som er fra ikke noe, som er ulogisk, som er helt på tryne noen ganger... det var ikke selvopplevde ting, mens for meg var det selvopplevde ting, det var deler i meg selv som var meg. Det er jo en vesensforskjell, tenker jeg, på at de var inn i en hel annen sfære...Mine ting eller når du har DID så er det basert på virkelige hendelser, du kan følge tråden tilbake og vite når det startet...»

Følgende avsnitt illustrer hvordan terapeuten opplever pasientens tilstand og forskjell mellom DID og psykose: «Når pasienter snakker om at de har forskjellige tilstander og av og til gir dem et navn, så er ikke det nødvendigvis en DID. Vi er jo multiple alle sammen, så det må jo være snakk om en splitt som gjør at ulike deler av personen ikke er tilgjengelig for hverandre og for hovedpersonen, ANPen... Hvis du har sett en sånn pasient som henne i aksjon, så vet du jo at det ikke er psykose. Hun er helt klar, hun er lett å fange tilbake fra de dissosiative utfallene sine, det var hun også den gangen. Det tok noen minutter, men med rett teknikk så gikk det ganske greit, hun var veldig klar og til stede i situasjonen og helt orientert. Hennes vrangforestilling handler om en selvfølelse som er helt knust og ikke om at hun ikke klarer å fortolke verden rundt seg nødvendigvis. Jeg har sett psykosepasienter og jobbet med pasienter med schizofreni og. Aldri en gang har jeg tenkt at hun var psykotisk...».

Pasienten fikk opphold ved spiseavdelingen i 2004 og ikke lenge etterpå ble hun overført til en traumeavdeling. Pasienten selv husker stykkevis av det oppholdet fordi hun dissosierte hele tiden. Terapeuten husker fortsatt det første møte da pasienten kom på kontoret hennes. Det skjedde noe i spisesalen og pasienten skammet seg urimelig mye over det. Terapeuten

forteller: «...og så påpekte jeg at jeg syntes det var en voldsom reaksjon på en ikke så veldig voldsom episode, hvorpå hun skiftet ansiktsuttrykk og stemme og kroppsspråk fullstendig, plutselig og så sa hun til meg «Bare gi henne opp, hun er ond, hun er født ond, jeg har prøvd å oppdra henne i mange år og det nytter ikke». Det var en så distinkt, forskjellig tilstand at det var på en måte ikke den samme personen som satt der og det var veldig rar opplevelse...

...Og så spurte jeg denne tilstanden som kommer frem «Hvem er du?» og så sier hun at hun het Mia og at hun hadde vært med på mange timer før, men jeg hadde ikke sett henne. Også går jeg inn med en empatisk intervensjon og sier «Men du må være veldig sliten som har prøvd å oppdra så lenge og slitt så mye. Kan du overlate noe av det ansvaret til meg så du får hvile litt?» ...Hun ble forvirret og forsvant og så slang høyre hånden til pasienten over hodet og det kom frem et lite barn som gråt og skrek «Ikke slå, ikke slå, ikke slå, jeg skal aldri stjele mat mer, jeg skal aldri ta mat». Og det var da en tilstand som jeg lærte å kjenne etter hvert, som alltid var sulten og ikke fikk mat, fikk kjeft når hun tok mat i kjøleskapet fordi hun skulle slankes. Og etter at kroppen hadde ristet og du så at hun ble slått, så veltet hun over ende på en sofa på kontoret og tok tommelen og begynte å «tåtte» og mistet språket og forsvant. Så da var jo diagnosen ganske nær da, det var ikke så veldig vanskelig å tenke seg hva dette handlet om». En av overlegene på huset gjennomførte SCID-D og fant en helt klar DID.

Pasienten fikk endelig forklaring på sitt symptom-bilde og kjente seg igjen i den diagnostiske beskrivelsen. Denne diagnosen ga mening for henne fordi hun følte seg rimelig gal, som hun sier, før hennes tilstand og reaksjoner ble normalisert ut ifra de livserfaringene hun hadde: «For meg var det noe som på en måte ble logisk, det var veldig pinlig (ler), er det mulig? Jeg var da i et miljø hvor det var noe kjent, det var akseptert, hvor jeg fikk ordene på det, hvor jeg ble normal på en måte. Det var greit å fortelle at jeg hadde de diskusjonene jeg hadde i hodet og at jeg hørte det jeg hørte og merket det jeg merket og var borte også... Og det var jo en lettelse, men jeg ble veldig dårlig». Vi ser at pasienten ble lettet da hun ble mer forståelig for seg selv, men det terapeutiske arbeidet og veien mot et mer integrert selv var ikke noe lett. Denne reisen startet for ti år siden, den dagen pasienten fikk DID diagnose.

### **3.2.2 Bevegelsen fra oppsplittethet til integrering av et jeg**

Når de ulike delene begynte å merke hverandre ble det tøft for pasienten og det ble veldig kaotisk. Det kommer fram i pasientens fortelling om integrering at mye gikk i oppløsning og

ble verre før det begynte å bli bedre: *«Jeg kan huske flere år med bare rot»*. Det var vanskelig og overveldende med deler som var i konflikt med hverandre, sprikte i alle retninger og spratt opp rundt i tide og utide. Det var slitsomt å høre på og lære seg å trøste, roe og tilfredsstille så mange ulike behov og få delene til å samarbeide og bli forent i en større grad. Terapien som har hatt integrering som et av de overordnede mål, opplever pasienten som ytterst nødvendig, men samtidig som enormt krevende, slitsom og heftig til tider. Pasienten er allikevel klar over det faktum at det ikke var terapien i seg selv, men alt det vonde og skjulte terapien rørte opp i. Pasienten mener at ingen av de gode endringene kunne inntreffe hvis hun ikke hadde gått i terapi og sier: *«...Jeg tror ikke jeg hadde levd rett og slett...»*.

Fra den kaotiske tilstanden i begynnelsen gikk det gjennom årene i retning av en mer forståelig tilværelsen og mer aksept for sin indre innfløkte verden. Pasienten bruker metaforen med et stort puslespill med noen få brikker som ikke kan gi et helhetlig bilde. Etter hvert så kom det flere og flere brikker sammen som hang mer i hop. Men denne prosessen var ikke entydig, det er mye som viser oss at det ble like forvirrende og angstvekkende for pasienten: *«...Jeg har hele tiden følt at jeg forandrer meg så fælt eller jeg kjenner meg ikke igjen hele tiden. Etter hvert som du kommer inn i forskjellige ting eller oppdager nye ting, så må du reorganisere deg, til meg selv og til verden for øvrig. Det er så mye nytt, når du endelig har begynt å venne deg til et eller annet, så er det på igjen med noe nytt. Men jeg har også en veldig drive på å gå videre, jeg vil jo det, så da biter vi tennene sammen og fortsetter (ler)»* Pasienten opplevde som veldig skremmende og smertefullt å erkjenne de faktiske forholdene, bli klar over og så å ta det innover seg, merke og føle det. Det var vanskelig å erkjenne at det som har skjedd virkelig skjedde, at det var omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Det var vanskelig å forstå at det ikke var fortjent og alltid pasientens skyld, at hun ikke er feil og bør ikke skamme seg. Det har vært krevende arbeid å integrere traumeminner, tanker, følelser og stemmer som forteller ulike ting. Pasienten opplever at det var vesentlig å ta hensyn til alle disse stemmene som bærer med seg viktig informasjon: *«...Det er jo det som er integreringsgreie, det er det å kunne kjenne de (delene) og vedkjenne seg de. Først vite om de, bli klar over hvem som har og er hva... og så kan jeg ikke føle det i begynnelsen, men jeg kan vite at Arild er sint eller den delen er lei seg. Jeg kan vite om det uten å føle det. Det skjer først, og så etter hvert har jeg begynt å kjenne hva de føler og det er da de blir integrerte. Det er da de kommer og blir en del av meg»*.

Denne integreringsprosessen tar lang tid. Det virker at det kreves en stor sensitivitet fra terapeutens side som skal legge best mulig til rette for at integreringen blir satt i gang. Terapeuten ser det slik: *«...disse ulike delene er fobiske mot traumeminner i utgangspunktet og går man for brått eller for fort frem, og det skjer noe som gjør at de blir plutselig konfrontert med mentalt materiale som de ikke tåler på det tidspunktet, så kan det slå over i psykotiske episoder i hvert fall...»*. Terapeuten må altså hele tiden vite hvor pasienten befinner seg og tilpasse arbeidsmetoder avhengig av pasientens væremåte og toleranse. I begynnelsen var det viktigst med stabiliseringsøvelser i og med at det var mye intrusjon fra traumeminner. Tillitsarbeid har vært der helt fra starten av, mens det senere kom en mer direkte bearbeidende fase. Terapeuten opplever allikevel at man ikke kan betrakte disse fasene atskilt fra hverandre, det er en veksling mellom dem hele tiden: *«...så det blir på en måte en spiral, hvor du går fra det ene, til det andre, til det tredje, til det første og sånn har det vært med dette også. Det går på stabilisering, på avdekking, på bearbeiding. Veldig viktig at hovedpersonen ikke blir helt overveldet og klarer å fungere i daglig livet...»*

Integrerende prosesser stoppet opp for fire år siden da pasienten var under et tre måneders opphold ved en traumeavdeling. Selv om hun ble henvist fra terapeuten sin som en DID pasient, ble hun rediagnostisert til Borderline personlighetsforstyrrelse. Pasienten opplevde hele oppholdet, rediagnostiseringen og forbud mot å ha kontakt med terapeuten sin som ekstremt retraumatiserende og krenkende. Hun utviklet da en ny del som het Klikker'n, selvskadet seg og dissosierte hele tiden for å unngå å forholde seg til den virkeligheten hvor hun og hennes lidelse ikke ble tatt på alvor, hvor hun følte seg truet og hvor alt hun gjorde og opplevde fikk en annen betydning for behandleren: *«...det skulle settes grenser for meg da. Jeg vet ikke om de syntes at jeg manipulerte, men de ga meg helt andre, det jeg gjorde fikk en helt annen valør, jeg ble ikke møtt på det i det hele tatt, helt vilt. Jeg skjønner det fortsatt nesten ikke, at det gikk an»*. Terapeuten som på det tidspunktet ble sykemeldt husker det slik: *«...Jeg forsøkte å holde kontakt med henne da jeg skjønnte hvor galt det var, men det ble heller ikke godt mottatt av avdelingen, så jeg måtte bare vente til hun kom ut igjen. Og da var hun preget av en veldig sårethet ift. meg «Hvordan kunne dette skje, hvordan kunne du la dette skje?» Og jeg vil nok si i hvert fall over et halvt år orket hun ikke å snakke om oppholdet, hun var mye vanskeligere tilgjengelig på en måte, hun var redd»*. Det tok lang tid i terapien etterpå å bearbeide og reparere skadene som ble påført pasienten under dette oppholdet.

Det terapeutiske arbeidet hvor pasienten ble forstått og tatt på alvor av terapeuten sin, ga henne tilbake verdighetsfølelse og førte til fremgang. Terapeuten forteller: « ... Hun har beveget seg fra å være så oppdelt til å ha oversikt over systemet sitt selv og ikke bli så låst i disse delene... De aller fleste delene har vært inaktive i de siste tre årene...Hun har ikke hatt selvskadning, Kutter'n har ikke vært aktiv, Mia har ikke vært så aktiv, hun har vært på et mer normalt nivå. Arild har ikke vært aktiv, Trine har ikke vært aktiv. Sprella, det er en kroppslig, motorisk ting som kommer av og til når hun blir agitert. Det har vært en markert nedgang i oppdeling i motsetning til i starten hvor hun våknet og så at tommelen var våt, helt forskrekket fordi hun hadde « tåttet». Det skjer jo ikke mer. Det skjer ikke at hun blir helt overveldet av en del. Og i det øyeblikket det holder på, så sier hun «hooops», så tar hun seg inn». Pasienten forteller under intervjuene om Ellen og mammaen som er mye sammen og utfyller hverandre, og om Elin som er ganske operativ og også veldig nær opp mot Ellenmammaen: «Jeg merker ofte at terapeuten kan spørre « Hvem er det?» eller «Hvem mener det eller sier det?» også kan jeg svare at jeg ikke vet. Det er flere som sa det egentlig på en gang, hæ, går det an? Så det er jo et tegn på integrering».

De to delene som dukket opp nylig i terapien krever mer opprydding i følge pasienten: «Jeg er ikke helt i mål liksom...Og det er vel det jeg har oppfattet den siste tiden at vi er inne i den basale kjernen på en måte, den ultimate nærmest. Det er et eller annet som jeg må gjennom som jeg ikke er gjennom. Men det er jo en kjempeforskjell allikevel. Jeg gjør ting på en annen måte, det føles annerledes».

I det følgende omtales fire undertemaer opplevd som sentrale virksomme faktorer i denne integreringsprosessen.

### **3.2.3 Arbeid med delene**

For noen kan det virke paradoksalt at det å jobbe med delene kan fremme integreringen i pasienten. Det kan skape usikkerhet i terapeuten som kan begynne å lure på om det å arbeide med delene er egentlig å gå feil vei og øke oppsplittingen. Allikevel må terapeuten forholde seg til alt det som pasienten bringer med seg i det terapeutiske rommet. Skal delene hjelpes fram, dempes ned eller tvinges tilbake når vi ser at det er flere til stede?

Pasienten opplever det som helt vesentlig at alle delene ble godtatt av terapeuten: «...*Det husker jeg, det var noe av det tidligste som trygget meg, det var nettopp det at alle skal få være, alle skal få være med... Det er viktig at man tar alle på alvor og alle skal være med, ingen skal bort*». Det kommer tydelig fram hvor viktig det er for pasienten at alle delene blir anerkjent og får plass og at terapeuten avviser ingen av dem. Det var spesielt viktig i starten for pasienten da hun ble klar over og merket at hun var flere og disse delene ga seg til kjenne. Det var helt avgjørende at alle fikk komme til orde å få si vi, oss, de, når pasienten kjente at de andre gjorde noe, ikke hun. Pasienten tror ikke at terapeuten korrigerer dette helt i begynnelsen, men heller spurte om hvem som snakket: «...*Det er måten det blir gjort på som har vært avgjørende. Det å ikke bli rettet på, stadig avbrutt og korrigert. Det ville forsterke min opplevelse av at jeg er en feil*». Pasienten husker også at terapeuten minnet henne på at alle i henne var én person i én kropp mens terapeuten klarte å skape nok plass til alle slik at alle ble møtt og kunne komme med sitt. Og det gjentok terapeuten ofte og over lang tid, før det satt slik at det følte trygt nok.

Pasienten opplever begge metoder like viktig, det at alle får komme til orde og samtidig å bli minnet og bevisstgjort på at alle i henne er en person: «*Det er viktig å jobbe med de som kommer til enhver tid, tenker jeg, og så hele tiden pense de inn på hoveddelen*». Pasienten opplever det som trygt og inkluderende at alle skal få lov å være med. Denne erkjennelsen at ingen skal taes bort og at alle har sin funksjon og hensikt, gjorde at kontakt, indre dialogen og integrering mellom alle i henne ble lettere å slippe til. Pasienten opplever at det kan være krevende for terapeuten med så mange til stede siden det er terapeutens oppgave å strukturere hvem som skal snakke og hvor mye: «*Og så etter hvert når det var mange som kom frem, så var det mange som skulle komme til orde (ler). Og det var jo nødvendig for dem å få plass og det er en kjempe utfordring for terapeuten som skal kunne lede styremøte da (ler)... Men det jeg opplevde som bra var at hun på en måte poengterte det og så sa ifra at «Nå vil vi snakke med Ellen, nå kan Trine vente litt» eller noe sånn. Hun avviste ikke noen...»*

Som kontrast til denne arbeidsmåten, husker pasienten sitt opphold ved en traumeavdeling for fire år siden da hennes integreringsprosess ble stoppet. Det var det samme opphold da hun ble rediagnostisert til Borderline personlighetsforstyrrelse. De jobbet på en annen måte og i følge pasienten var det da ikke lov å være vi, å være forskjellige. Følgende avsnitt belyser dette:

«... *Noen synes at det er dumt, men det er jeg veldig uenig. (Skifter stemme) «Nå er det Ellen som skal snakke her på timen», de andre fikk liksom bare la være... Alt skulle jobbes gjennom*



*Ellen, hun dama syntes, men det er jo også en kjempe feil. Det var også en av de store feilene de gjorde siste gang, for sånn er det ikke. Fordi man ikke er bare den ene. Hadde jeg som Ellen hatt tilgang på alle sammen hele tiden, da hadde jeg ikke dissosiert. Så hvis jeg da kunne stått innenfor alt det som de står for, så ville det ikke vært problem. Da ville jeg være ferdig med dette her».* Her ble det ikke tatt hensyn til det som pasienten opplever som aller viktigst, at alle blir hørt og sett. Det virket forvirrende og angstvekkende for pasienten og hun prøvde å få lindringen ved å dissosiere hele tiden, utvikle en ny del, Klikker'n, og selvskade seg. Enda mer sjokkerende for pasienten var at hun ikke ble møtt på samme måte som for ti år siden. Det var den terapeuten som jobbet med henne for ti år siden, men terapeuten endret arbeidsmåten sin. Pasienten forteller: *«Og da var det kjempe sjokk å bli møtt på en hel annen måte av den samme personen. Så plutselig er det Ellen som skal være her og når de små kom, ja da, hun trøstet dem, men jeg gjorde noe galt på en måte. Så det ble ikke noe integreringsarbeidet i det hele tatt».*

Terapeutens opplevelse av arbeid med delene er lik pasientens. Terapeuten mener at det har vært belastende med vekslende føringer på hvordan det er riktig å jobbe med delene. Hun forteller: *«F.eks. denne diskusjonen om hvorvidt man skal snakke med de små eller ikke. Det synes jeg har vært en veldig dum diskusjon for det er klart at det er et klinisk skjønn hvordan du går inn og trygger pasienten. Det jeg fullstendig er enig i er at du ikke skal gjøre de små til pasienter, til hovedpasienten, men du må trygge og stabilisere hele systemet. Og med henne så var overgrepene så grove og så mange at jeg var nødt til å bruke tid på å snakke med de ulike delene for å forstå hva som har skjedd. Nå vil jeg også si at jeg ikke er av den oppfatning at man må vite hele traumehistorien, det er ikke nødvendig...Men det er jo en veldig viktig ting at terapeuten skjønner hvordan pasienten er skrudd sammen. Og det klarer jeg ikke å forstå hvordan man skal få til bare ved å snakke via hovedpersonen som kommer...Det kan du gjøre når du kjenner hele systemet, men ikke før».*

Det er etter terapeutens mening viktig å få allianse med alle delene slik at de kan tre frem med sine ulike tilstander og ikke blir skremt bort, særlig de delene som ikke tør. Alle delene er viktige, men det ser ut til at en del krever spesiell oppmerksomhet i begynnelsen. Terapeuten formidler: *«Så det aller viktigste i en sånn sammenheng er jo å få allianse med «strafferen».* Det er alltid en indre aggressiv del eller i hvert fall har ikke jeg hørt om noen pasienter som ikke har det. *En veldig sterk, indre straffer som er en slags internalisering av overgripere, men som også har en funksjon. Det er å passe på at ikke noe galt skjer og det gjør den via*

*straffende tiltak og begrensende tiltak og ved å bidra til oppsplittingen. Sånn at når du begynner å jobbe med integrering, så er den veldig utsatt og den angriper. Med mindre du igjen og igjen, litt og litt kan trygge den angripende delen av henne på at det ikke er farlig. Og at vi ser Mia, vi ser deg og vi ser at du strever og vi ser at du har hatt en viktig funksjon, igjen og igjen. Og samtidig så da jeg snakket med Elin så kunne jeg si «Du vet, hun Mia straffer alltid hun. Hun tror at hun må gjøre det. Det er litt synd på Mia».*

Gjennom denne fortellingen ser vi at hovedfokus er på å orientere pasienten og få delene opp i nåtiden ved å fortelle at det ikke er farlig lenger og at pasienten er trygg. Samtidig gjør terapeuten det på en empatisk måte og bruker reframing av «strafferen» som en positiv og hjelpsom del som har hatt viktig funksjon i systemet. Denne indre «strafferen» passet veldig i begynnelsen på at ikke de ulike «små» kom frem, noe som gjorde at det tok et par år før terapeuten fikk helt oversikt over hvordan pasienten fungerte. Selv om det er Maria som skal ha en integrerende funksjon, viser det seg at det er veldig viktig å få kjennskap til alle delene som har sine tanker, følelser og traumer knyttet til dem. Det skjedde flere ganger, særlig i begynnelsen at disse ulike små delene ønsket å sitte på fanget til terapeuten og snakke hele tiden. Uten å avvise noen, klarte terapeuten å gi dem omsorg ved å snakke med dem først, for så f.eks. å plassere dem imaginært på sofaen og legge et pledd på dem. Så de satt der og holdt seg i ro mens de voksne hadde terapi.

Terapeuten oppsummerer det slik: «...Så for meg var det veldig viktig, og pasienten bekreftet det i ettertid, at disse ulike «små», som vi kaller dem, som var fire stykker etter hvert, fikk komme til orde. Og at hun fikk utrykke angsten og redselen for at jeg skulle forsvinne, redselen for at hun skulle bli gitt opp, redselen for å bli latt alene, redselen for traumeminnene...Jeg tror det var viktig for henne for å ha full tillit til at jeg godtok hele systemet, som ikke står i motsetning til å ansvarliggjøre henne for hennes egne integreringsprosess».

### **3.2.4 Affektfobien og arbeid med følelser**

En av de sentrale ingrediensene i det terapeutiske arbeidet gjennom disse ti årene har vært arbeidet med følelser. Pasienten opplever at følelsene har vært stadig tilbakevendende tema i terapien. Mange av følelsene var verken lovlige eller berettigete under pasientens oppvekst.

Det var verken lov å være lei seg eller å være redd : *«Om jeg var blitt sendt til Norge, så var jeg jo heldig. Det var jo som jeg var blitt reddet og jeg skulle ikke ha de følelsene jeg hadde, de var feil, og da blir jeg feil da».*

Før var det vanlig for pasienten å regulere de vonde følelsene ved overspising, smertepåføring og særlig ved ukontrollert dissosiering: *«... Jeg har hatt underkastelse som hovedflukt. Dissosiering er jo flukt».* Sterke, smertefulle følelser opplevdes som farlige og affektfobien preget pasientens tilværelse. Det var ikke lett å komme i kontakt med følelsene som var hennes, men hørte til en annen del. Følelsene som over lang tid hadde vært avspaltet eller blokkert: *«I begynnelsen så merket jeg dem ikke, de var jo stengt av... Jeg visste om dem noen ganger, jeg visste at jeg kanskje hadde det vondt, men jeg kjente det ikke...».*

Ettersom pasienten gradvis ble kjent med alle delene i seg, kunne hun vite hva de andre følte og etter hvert kjenne de følelsene selv. Det tok tid før hun klarte å vedkjenne seg de følelsene ulike delene representerer: *«Jeg skjønner hvorfor det er så mye fobier. For det er jo et veldig stort ansvar da å ta på seg de følelsene som man egentlig forakter og erkjenne de følelsene og de handlingene som ligger bak de følelsene ikke minst... Det vil jeg ikke ha noe av, det vil jeg ikke vedkjenne meg egentlig. Jeg er ikke sånn jeg vel (ler) og hvordan skal jeg leve med det på en måte. Det ble veldig rart. Det er helt greit at David gjør det, det er greit at Arild slåss, men jeg gjør ikke det (ler)...»* Det var nødvendig å bli klar over følelser først og erkjenne de ulike følelsene, for så å kunne ta dem innover seg og integrere dem. Noe av det vanskeligste i arbeid med følelser for pasienten var å akseptere at alle følelsene er viktige og at hun ikke trenger å ta dem vekk, degradere dem eller klassifisere dem som feil, forbudt eller ulovlig.

Det å vite at hun var redd var noe annet enn å merke redselen. Det virker nesten som om signaler fra hjernen ikke når kroppen. Pasienten husker en episode da hun visste at hun var redd, men følte ikke redselen: *«...det at jeg etter hvert plutselig begynte å merke det da, og da ble det så voldsomt, panikken kommer og den går gjennom hele systemet på en måte. Så da jeg begynte å registrere det, da hadde jeg mere problemer å slå det av. Men det er det man kaller regulering sikkert (ler). Det å få regulert ordentlig og stabilisert ordentlig, det har vært vanskelig synes jeg».*

Det må ha vært vanskelig i førtiårene å lære seg å løse en av de viktigste utviklingsoppgavene som affektregulering er. Hos de fleste skjer det spontant i barndommen gjennom trygt

samspill med omsorgsgivere, men pasienten var overlatt til seg selv og til sin manglende evne å trøste seg og roe seg ned. Det fantes ingen trygge relasjoner, intet trygt sted heller.

Det opplevdes rart for pasienten da terapeuten introduserte begrepet « å skaffe et trygt sted», en teknikk som kunne hjelpe pasienten å roe seg ned og dempe angstnivået ved å mentalt forestille seg det trygge stedet. For pasienten måtte det være et konkret sted siden hun opplevde at det å skaffe seg et imaginært sted ville dra dissosieringen videre istedenfor å få stedet i nåtid og i virkelighet. Så hun fikk ordnet sengen sin hjemme med rosa sengetøy og sørget for at alle i henne fikk det de trengte som kunne trøste eller trygge dem: *«Og så fikk Trine tåteflaske og de fikk hver etter hvert forskjellige ting som vi har hatt og brukt hjemme, smukk og full pakke og så ble det bamses og sånn etter hvert (ler). Så de har hver sitt nå (med litt forskjellig stemme), de minste. Og da kan man være et annet sted og tenke seg det, da kan vi bruke det her, ja nå går vi tilbake til sengen...»*

Gradvis lærte pasienten å ta hensyn til delenes ulike behov og å vise omsorg og være mamma for seg selv også, ikke bare for andre som hun alltid har pleid å gjøre. Det tok lang tid før pasienten greide å eie alle disse ulike følelsene. Hun beskriver det billedlig med en metafor som terapeuten brukte i terapien: *«Hvis du tenker deg et søylediagram og hver del er en søyle, og så tenker man seg at terapien lager hull, punkterer veggene i søylen og da siver de følelsene ut og i mellom og møter hverandre. Også kan du tenke deg at etter at det har begynt å skje så er det kjempe kaos for de er jo da i ingenmannsland. De er ikke tilhørende noen av søylene, de er tilhørende ingen ting, på en måte, alt og ingen. Men etter hvert som de knytter bånd og etter hvert som de kjenner hverandre igjen, etter hvert så vet de jo. Ellen-mammaen er såpass sammen at de ikke trenger å være avdelt og å ha den stengsel mellom seg lenger...»*

Terapeuten prøver å oppsummere det terapeutiske arbeidet med fobien for følelser på følgende måte: *«...Det er å tåle følelsene i rommet, og støtte og støtte og tåle og tåle og ta fra henne skammen rundt det så godt man kan hele veien. Gjennom å bekrefte, gjennom å speile, gjennom rollespill, gjennom tegning, gjennom å bevege oss i lek med nærhet og avstand i rommet, akseptere reaksjoner i rommet, være her og nå i rommet. Ikke snakke om det som skjedde nødvendigvis, det har vi også gjort mye...F.eks. jeg kunne tegne et sint ansikt på et stykke papir og stille meg i en ende av rommet og holde opp ansiktet «Gjør deg klar for at nå går jeg inn i rollen som en som ikke respekterer følelsene dine eller en som vil deg vondt. Si stopp når jeg kommer for nært». Og i begynnelsen så var det vel sånn at hun ikke sa et pip, så jeg måtte stoppe. Men nå er det sånn at hun flirer «Ikke gjør det, kom deg unna».*

Terapeuten forteller at bare ordet «sint» kunne få pasienten til å dissosiere i begynnelsen. Pasienten er ikke god enda på å utrykke et utadrettet sinne som ikke angriper henne. Sinne er den helende kraften som trengs for å forsvare pasienten utad og forsvare hennes verdighet. Men det er i gang og det begynner å løsne. Terapeuten sier «...*Det er veldig fascinerende å se, hun kommer og forteller om episoder hvor hun blir veldig overrasket over at hun er blitt irritert på folk som har plaget henne på telefon eller en venninne som er veldig masete og veldig ustabil. Hun begynner å kjenne at hun ikke har så mye tålmodighet med det og blir irritert og setter grenser for seg selv på en annen måte enn før*».

Pasienten opplever det slik: «...*Men jeg merker at jeg tåler fryktelig lite, jeg blir veldig fort utålmodig, jeg blir fort irritabel av andre... Det er nytt for meg. Så det er vel sinne som vi ikke har fått på plass. Den henger igjen...Jeg er ikke helt i mål liksom...*» Det virker at pasienten har fått økt bevissthet for sinne hun bærer inne i seg og bedre forståelse for hvor nødvendig det er å vise sinne utad på en konstruktiv måte som ikke ødelegger, men bare gir mer plass i det interpersonlige rommet.

Samtidig kommer det frem at pasienten er klar over at hun har fått mye bedre evne til å regulere følelsene sine. Vi ser en økt toleranse for affekt i pasientens fortelling: «...*Det jeg på en måte planlegger og bruker mer, det er å kunne roe, stabilisere meg selv, vente, tåle ventingen (pause). Vanskelig å beskrive det, men det blir jo den forandringen, bevisstgjøringen tenker jeg. Og det er jo trygghetskapende... og det som er ubehagelig, så kan jeg godt ta det litt mer med ro da. Og det trigger jo mindre, så jeg dissosierer mindre, så det er den positive kjedereaksjonen ved å ha lært seg det da...*»

Et viktig moment i arbeid med følelser er spørsmål om man egentlig regulerer eller unngår en følelse. Terapeuten forteller om ferdighetstrening der pasienten burde legge fra seg en følelse mens hun trener på noe: «*Pasientene blir bedt om å legge fra seg en følelse og det er i seg selv en underlig beskjed å få...Jeg tror at det er en veldig sterk undervurdering av hvor mye kraft det er i det emosjonelle systemet, det dissosierte systemet. Og min pasient har reagert på det også med å si at «Det går ikke an! Jeg kan ikke gjøre det!» Og jeg skjønner også at det ikke går an. Men det som går an er å følge med den på en måte. Følelsen kommer i en bølge og så legger den seg. Og vente til at følelsen får roet seg ned, men ikke å legge den fra seg. Hvis du øver f.eks. på å være i en gruppe sånn som de gjør, så når du blir overveldet av angst eller et eller annet, så må du møtes på den angsten og bli roet ned til den kommer inn i*

*toleransevindu igjen*». Her ser vi igjen hvor viktig det er å høre på det affektive systemet og få roet overaktivering for å kunne drive noe terapeutisk arbeid som skaper endring.

### 3.2.5 Egenskaper ved terapeuten

Det kom tydelig fram under intervjuene hvor stor betydning terapeuten og den gode terapeutiske relasjonen har for pasienten. Etter så mange tap i livet og uten noen rundt henne hun kunne stole på, ble det vesentlig for pasienten å få en slik tillitsrelasjon. Denne relasjonen med terapeuten har vært en betingelse sine qua non for all videre terapeutisk arbeid som kunne føre til fremgang og integrering. På mitt spørsmål om hva var viktigst for pasienten i behandlingen gjennom disse 10 årene, svarer hun: *«Det viktigste er at jeg fikk en terapeut som skjønnte, som avslørte, som visste hva det var som var gærnt og tok det på kornet med en gang. Og at hun ikke forlot meg, at hun faktisk holdt fast på meg og ikke ga meg opp underveis»*.

Det er flere terapeutegenskaper pasienten opplever som veldige viktige. Det aller første som pasienten nevner er terapeutens faglige dyktighet, at terapeuten har hatt nødvendig kunnskap om pasientens tilstand og at terapeuten reagerte raskt. Det er terapeutens forståelse for og innsikt i pasientens væremåte samt kunnskap om behandlingsmetoder som er en av de hovedingrediensene i arbeidet som kan gi gode resultater.

Terapeuten understreker også viktigheten av å lese litteraturen og holde seg faglig oppdatert på refleksjoner, teorier og kunnskap rundt dissosiasjon. Det er også faglig felleskap med kollegaer der man kan drøfte og ikke minst få råd og veiledning fra de som er lik eller mer erfarne. Pasienten mener at terapeutens faglige dyktighet skaper forutsigbarhet og trygghet og hun opplever terapeutens faglige utvikling på følgende måte: *«...jeg merker at M. har fulgt med i den faglige utviklingen og tilegnet seg ny kunnskap underveis. Hun har likevel ikke «hengt seg på» nye trender eller metoder og plutselig skiftet retning, metoder, teorier overfor meg, men tatt med det som har passet inn i min terapi...»* Denne arbeidsmetoden har gitt pasienten stabilitet, opplevelse av kontinuitet og bevegelse framover gjennom disse årene.

Pasienten hadde to behandlere over seks år. Hun måtte skaffe seg en terapeut for å kunne få plass ved en traumeavdeling for ti år siden og da begynte pasienten hos en psykiater. Under oppholdet ved den traumeavdelingen begynte hun i terapien med hennes nåværende psykolog. Etter oppholdet ønsket pasienten å beholde relasjonen til den psykiateren som var terapeut det

året før hun fikk innvilget opphold og det fikk hun lov til. Pasienten forteller om denne psykiateren som en empatisk og støttende person som betød mye for henne. Samtidig kunne psykiateren ikke noe om DID lidelsen og hun så ikke skiftene ved pasienten. Pasienten opplever at det var veldig fint å ha begge terapeuter, samtidig førte det noen ganger til vanskelige situasjoner: «...*det er akkurat den der skvisen jeg da kom inn i mellom disse to som hadde to helt forskjellige retninger, men som ville meg vel og jeg fikk forståelse fra begge, på forskjellige måter, fikk bekreftelse med forskjellige språk, og det synes jeg var all right. Men det var perioder da jeg var destabilisert av det eller helt forvirret. Og jeg husker at M. var bekymret en stund og vi ble enig på tampen om at M. overtar...*»

Terapeuten forteller om faglige uenigheter med denne psykiateren og forteller om en episode da pasienten ringte helt forvilet og sa: «*Hun sier at det er normalt for små jenter å være forelsket i fedrene sine*». Terapeuten opplever at det var en voldsom ting for pasienten som var så misbrukt både av, antageligvis av far ganske tidlig, men også av veldig mange menn og venner av far. Så bestemte terapeuten seg å gå sammen med pasienten til denne psykiateren hvorpå de utviklet etter hvert et samarbeid om hvordan de skulle jobbe, med litt forskjellig vinkling og av og til altfor forskjellig vinkling så de måtte treffes. Terapeuten mener allikevel at det var bra for pasienten å ha relasjon til denne psykiateren som var veldig varm og støttende overfor pasienten. Da terapeuten måtte sykemelde seg i tre måneder opplevdes det som veldig trygt å ha en kollega som kunne beholde kontinuitet i pasientens behandling: «*Da var det veldig trygt at S. var der. Og jeg tror kanskje det er en modell til etterfølgelse, ikke nødvendigvis å samarbeide med en psykoanalytiker, men at man er to, det er ikke dumt*». Her ser vi fordeler og ulemper med samarbeid mellom to terapeuter med forskjellig kompetanse og teoretisk ståsted.

I tekstutdrag ovenfor der pasienten forteller om det som var viktigst i terapien, kommer det frem den andre viktige aspekten og det er den trygge tilknytningen til terapeuten. At terapeuten har alltid vært der og ikke ga opp henne underveis er helt vesentlig for pasienten med relasjonstraumer, mange opplevde tap og lite nettverk. Pasienten forteller: «...*vi har klart det ved at jeg får ta henne som sikkerhetsventil, jeg har kunnet sende sms når det er kriser og hun har vært der og tatt kontakt... at jeg har fått lov å sende meldinger og å ringe henne innimellom timene, det har vært helt avgjørende*.» Her er det klart at terapeuten har fått utvidet terapeutrolle, ikke bare som behandler i timene, men også som én som er tilgjengelig

for pasienten i krisetilfeller utenom arbeidstid. Terapeuten er den trygge kontakten som kommer pasienten til unnsetning og klarer å stabilisere og roe pasienten ned.

Pasienten følte seg truet under det oppholdet for fire år siden da hun fikk forbud mot å ha kontakt med terapeuten sin. I følge pasienten og terapeuten var det ikke snakk om at de to skal drive terapi mens pasienten var der. Meningen var bare å gi pasienten tilgang på kontakt som skaper trygghet og gir henne anledning til å dele opplevelsene sine med én pasient vet bryr seg om henne. Pasienten opplever det slik: «...*Og det handlet ikke om at hun skulle være terapeut mens jeg var der, tvert imot, vi var veldig åpne på at det var akkurat det hun ikke skulle gjøre, men det var at jeg skulle ha noen sikkerhetsventil. Det å kunne ventilere og fortelle én som er nær, det er vel det med å ha foreldre da, jeg har fortsatt mange små som vil fortelle hva som har skjedd «Mamma, vi har gjort sånn» og så vite at det er én som tar imot og bryr seg om. Så det var det, å kunne fortelle hva vi gjorde, og bli roet ned hvis det var noe vanskelig*». Etter dette retraumatiserende oppholdet var det helt vesentlig for pasienten å kunne komme tilbake til den trygge havnen, til terapeuten sin ellers: «...*oh, så hadde jeg ikke levd. Jeg holdt jo på å ta livet mitt.*»

Pasienten opplever at hun kan klare seg ganske bra alene over lang tid hvis hun vet at hun kan ha tilgang på kontakten med terapeuten sin. Bare tanken på at det finnes et menneske som hun kan få tak i hvis hun trenger hjelp til å roe seg ned og få tilbake stabiliteten gjør at pasienten føler seg trygg nok. Det er altså ikke bare snakk om «det trygge stedet» som pasientens seng med rosa sengetøy som hjelper med affektregulering. Pasienten har skaffet seg en trygg person eller en trygg relasjon som fungerer på samme måte: «...*Noen ganger kunne vi bli enige om at nå fikk de (små) bli med henne hjem for da orket jeg ikke å ta dem med meg hjem...og da kunne systemet roe seg lite gran og jeg visste at nå er de trygge. Jeg har aldri vært hos M., så det er ikke et reelt sted som jeg vet hvordan ser ut, men det er et virkelig sted og en virkelig person som er en trygg og virkelig person, så da kan jeg sende de med henne*».

Dette ser ut til å være en stor tillitserklæring overfor terapeuten når pasienten greier å overlate henne deler av seg selv. Selv om pasienten snakket om tillit som ble ødelagt på grunn av alt det vonde hun opplevde i livet sitt, forteller hun at det gikk utrolig fort med å få tillit til terapeuten: «...*Også er det klart at jeg merket at jeg kunne stole på henne på et eller annet vis ganske tidlig...*». Pasienten forteller videre at hun ofte har opplevd skurr i relasjoner med andre mennesker, men den skurr var aldri med terapeuten. Ingen av delene viste motstand mot å knytte seg til terapeuten i følge pasienten. Det som gjorde at for noen av delene det tok litt



lengre tid å vise seg frem, var at noen var litt redde og noen var veldig flau for å bli avslørt og likte det ikke. Men de delene har vært der og hørt en del i kulissene gjennom årene, så de også hadde tillit til terapeuten. Og terapeuten selv må tåle å ta imot alle som kommer.

Terapeuten er imidlertid usikker på om pasienten hadde en så stor tillit til henne de første årene og sier om pasienten: «...men hun sier selv at de første par årene så lot hun som at hun hadde mer tillit enn hun faktisk hadde». Dette kan fortelle om pasientens redsel for å miste terapeuten som hun, eller i hvert fall noen deler av henne, ble så fort tilknyttet til. Redselen for å bli forlatt kunne ha gjort at pasienten skjulte sine mistanker som kunne true terapeutens engasjement og interesse i pasienten. Det ser ut til at dette tillitsarbeidet har tatt lang tid, men det er ikke så overraskende med tanke på pasientens historie.

Pasienten forteller om de nødvendige egenskapene ved terapeuten som det å være voksen og mer foreldregenerasjon fordi : «...det er veldig vanskelig å slippe de små løs på en som er yngre enn meg (ler)... Og det betyr ikke nødvendigvis i år, men i innsikt og forståelse kanskje. At du merker at det er mammapersoner, og det behøver ikke å handle om alder alltid...» Det virker at dyktighet, forståelse, omsorg og empati er det pasienten verdsetter i stor grad.

Pasienten sier selv at terapeuten trenger mot og tålmodighet og at hun har opplevd å bli møtt med genuin interesse og empati. Terapeuten forteller om det samme: «...det å være tålmodig, å være lyttende, å være empatisk...og det å være grensesettende og etterspørre ansvarlighet og integrering i pasienten».

For pasienten er god allianse med terapeuten helt vesentlig, det skaper tillit og trygghet. Pasienten fikk oppleve det motsatte med et par andre terapeuter hun var hos i en kort periode og hun fikk erfare hvor ødeleggende og retraumatiserende dette var for henne. Pasienten forteller følgende om relasjonen til terapeuten sin: «Den ble jo veldig tett. Jeg har vært og er veldig avhengig av henne, med viten og vilje på en måte. Det er klart at hun er på en måte, hva skal jeg kalle det, periskopet, veiviseren. Uten henne så er jeg helt låst fordi det er ingen andre som skjønner (med skjelvende stemme)».

Terapeuten skal være med inn og finne ut av og forstå pasientens indre liv og verdensbilde sammen med henne. Ikke for eller til henne. Det var veldig viktig for pasienten at hun fikk hjelp til å finne de riktige ordene, begreper og forklaringer på det som føles og skjer i alle i henne. Det var viktig at terapeuten kom med forslagene og hjalp pasienten med å sjekke om de forslagene stemte siden pasienten ikke hadde noe følelsesspråk. Hun kunne ikke fortelle

denne historien til meg for ti år siden for hun hadde ikke ord på det før hun hadde begynt i terapien. Hun forteller om sitt eget språk på innsiden som etter hvert gikk over til engelsk som var mer meningsfull og hadde mer følelsesdimensjon i seg. Det virker som om det var en måte å distansere seg fra den vonde virkeligheten i Norge på. En verden der alle snakket norsk og der det var ingen plass til følelsene pasienten levde med. Terapeuten tilbød et språk på indre anliggende og pasienten lærte seg følelsene på norsk som har blitt en del av henne.

### 3.2.6 Betydning av god tid i terapi

Det kom tydelig frem under intervjuene at terapien er et møysommelig arbeid som krever tid. Tid til å klare å romme all lidelse uten å gå i stykker og til å bevege seg fremover. For pasienten er betydning av å få god tid i terapi helt avgjørende. Hun forteller: «...*Den tradisjonelle tildelingen er jo en 3 kvarter og det er vits, det er tull med en som har DID, i hvert fall når du har mange deler...Jeg har ikke sagt noe, vi har ikke gjort noe, jeg har ikke fått ferdig gjort noen ting. Så begynte jeg å skrive huskelister fra gang til gang, men allikevel så fikk jeg en følelse at jeg aldri ble ferdig i timen. Og så etter hvert når det var mange som kom frem, så var det mange som skulle komme til orde (ler). Og det var jo nødvendig for dem å få plass...».*

Pasienten opplever at korte timer skaper økt stress, uro og kaos i henne. Det er alltid noe praktisk som må ordnes og plutselig er ett kvarter gått og hun kjenner at hun ikke får nok tid: «...*Også blir jeg kjempe redd, tenk hvis jeg ramler ut, hvis jeg dissosierer og så får vi ikke tid til å komme tilbake igjen. Så det hemmer på en måte den tryggheten i å kunne slippe til det som kommer...».* Hvis det skjer at pasienten har sterke skift, trengs det tid for å «lande» skikkelig før hun drar hjem. Det er nødvendig da å få opp Ellen og at terapeuten oppsummerer timen med henne. Det er nødvendig å avslutte timen stabilisert nok til å kunne kjøre hjem og fortsette videre med det vanlige livet. Pasienten opplever at mellom fem og seks kvarter er det ideele siden man får god tid, men blir ikke sliten av det.

Pasienten nevner også hyppigheten som er veldig viktig for å beholde kontinuitet og skape en forestilling om at pasienten ikke mister tråden eller fofeste mellom hver time. For det hendte før at det som skjedde sist, kunne lett føles ugyldig, for sent eller borte igjen i følge pasienten. Hun sier også at det er litt avhengig av forskjellige fasene gjennom forløpet. Det ser ut til at terapeuten burde vurdere hvor ofte pasienten skulle komme i terapien avhengig av pasientens

tilstand. Det virker at hyppigheten er særlig viktig i begynnelsen når det er så mye å avdekke og drive med et intenst sorteringsarbeid.

Det å få god tid i terapien over tid virker helt essensielt for denne pasienten. Det har tatt lang tid å reparere tillitsskadene og gjøre at pasienten føler seg trygg nok til å kunne tørre å slippe til det som kommer i timene. Det har tatt lang tid å bli kjent med hele systemet og kunne forstå hvordan pasienten fungerer. Noen av delene ville ikke gi seg til kjenne og det ville ikke vært mulig å få dem frem hvis det var lite tid i terapien. Det tar lang tid å bli kjent med og forstå alle, hjelpe dem å overgå alle fobiene og konfliktene og få dem til å samarbeide for et felles mål. Det tar tid å bli integrert i ett menneske der det er nok rom og trygghet for alle.

## **4 Diskusjon**

Analysen tok utgangspunkt i pasientens opplevelse av oppsplittet identitet og liv med DID diagnosen samt pasientens og terapeutens opplevelser fra terapirommet av virksomme elementer i terapien som skapte forutsetninger for bevegelse og endring mot en mer integrert personlighet. I diskusjonen vil jeg drøfte noen sentrale spørsmål som har gjort seg gjeldende fra resultatene i studien og sette dem i sammenheng med teorien som ble presentert.

### **Er full integrering mulig og nødvendig?**

Vi ser fra pasientens fortelling at terapien har ført til økt integrativ kapasitet og at fragmentering er blitt mindre og satt under kontroll. Et spørsmål melder seg allikevel, og er direkte relatert til forventninger eller mål i terapien. Kan pasienten oppleve en full integrering etter så mange år med oppsplittethet og de ulike delene som hver har sin egen funksjon og utgjør en viktig del i systemet? Kan vi reversere skadevirkningene og få alt det som gjennom årene har vært spaltet av å komme på plass? Eller holder det med å hjelpe pasienten å leve her i nåtiden og skape nok rom, empati og respekt for alle de delene som beskyttet og hjalp pasienten til å overleve? Kanskje vi kan få svar på dette spørsmålet fra pasientens beretning som viser at det ikke er så lett å gi fullstendig avkall på de ulike delene som så lenge har vært i henne. Og det er kanskje heller ikke nødvendig, så lenge de ulike delene klarer å oppnå gjensidig forståelse og et indre samarbeid. Å få dem nærmere hverandre kan være godt nok.

Hvordan oppfatter pasienten seg selv etter 10 år i behandlingen? Pasientens selvopplevelse kan fortsatt skifte fra et sammenhengende «jeg» til mer fragmentert «vi», særlig når belastende livshendelser oppstår. Forskjellen er allikevel at nå har alle delene kjennskap til hverandre og de har akseptert og lært å leve med hverandre på en mindre konfliktfylt og mer empatisk måte. Dette gir opplevelsen av mer frihet og kontroll over det indre systemet der det fortsatt finnes flere deler, men nå i en annen konstellasjon enn det var for 10 år siden.

Vi snakker ofte om «selvet» som en aktiv agent av integrering, det er «jeg» som integrerer erfaring. Det er snarere slik at «selvet» er et resultat av integrativ kapasitet og integrerende handlinger. Opplevelse av et koherent selv oppstår når vi klarer både bevisst og ubevisst å integrere mange «selv» eller «selvtilstander» som en del av normal utvikling (Stern, 1985). Kronisk traumatiserte barn er ofte deprivert for de viktigste redskapene som er nødvendig for utvikling av et sammenhengende selv. Når påkjenningene varer over tid og når de starter i tidlig alder, som i pasientens tilfelle, skjer det en akkumulering av skadevirkningene som får omfattende konsekvenser for personlighetsutvikling. Selve personligheten blir organisert som følge av kronisk overbelastning (Benum, 2006). Traumatiske hendelser, sammen med mangel på trøst, støtte og mulighet for bearbeiding, undergraver utviklingen av den mentale og relasjonelle kapasiteten nødvendig for å regulere stress og affekter. Løsningen var å splitte vekk deler av jeget, en løsning som har hjulpet pasienten å overleve og fungere gjennom årrekke før hun begynte i terapien. Pasientens opplevelse er at nettopp det å ha fått lov til å være «vi», fått lov til å være de forskjellige i terapien, var avgjørende. Dette var en nødvendig betingelse som satt integreringsprosess i gang. Dette er i tråd med Siegel (2009) som hevder at integrering krever differensiering og sammenkobling, noe som betyr at vi ikke kan integrere deler av oss selv som vi ikke har observert, differensiert og deretter knyttet til andre sider ved oss selv.

Hvorfor integreres de mest skambelagte delene senest i terapiprosessen? Hvordan kan vi forstå at to deler har vært utilgjengelig både for pasienten og terapeuten selv om pasienten har stor tillit til terapeuten og de traumatiske minnene har vært bearbeidet over tid? De seksualiserte delene var etter pasientens fortelling uønsket i resten av personlighetssystemet og konflikt preger åpenbart denne relasjonen. En forståelse kan være at deler som har vært med på seksuelle handlinger kjennes som veldig tabubelagte og skambelagte for den voksne, dagliglivsdelen. Pasienten har lært som barn å undertrykke sine egne behov og følelser mens det var helt avgjørende å passe på andres behov. Dette kan ofte føre til overlesing og

feiltolkning av andres behov, noe som skaper «lært underordning» der barnet underordnet seg andres vilje. Et strengt blikk kan utløse refleksiv panikk og senere overgivelse. Eller det å bli sett på med et bydende blikk kombinert med seksualisert atferd kan utløse automatiserte reaksjoner som dissosiering, utkopling eller frystilstander, reaksjoner som kan gjøre personen svært utsatt for nye krenkelser og overgrep senere i livet (Putnam, 1997). Det er ikke uvanlig at mer dissosiert materiale og flere deler av personligheten kommer fram sent i terapien når pasienten er blitt sterkere og fått høyere grad av mental kraft og utholdenhet (Steel et al., 2006). Da kan vi tenke oss at de mest skambelagte delene vil dukke opp i terapien siden pasienten ikke har hatt kapasitet til å ta inn tidligere det mest ydmykende, vonde og skamfulle. Dette betyr at vi ikke bør stole for tidlig på at det har skjedd en full integrering og at alle dissosiative delpersonligheter har kommet til syne. Kanskje bør terapeuter ved flere anledninger tørre å adressere skamfølelse, noe som vil gjøre det mulig for skambelagte deler å våge seg fram.

### **Øker det splittelsen å snakke med de ulike delene?**

Et av de viktigste målene i psykosebehandling er å få vekk de plagsomme stemmene pasienter hører. I denne studien kommer imidlertid pasientens opplevelse tydelig fram som formidler hvor viktig det er å høre alle disse stemmene som forteller noe vesentlig og som bærer med seg viktig informasjon. Disse stemmene hører til ulike dissosiative deler av personligheten som alle bør få plass og være inkludert i terapien. Pasienten opplever at nettopp det at alle har fått lov til å være med og komme til orde, og at ingen av delene skal taes bort skaper følelse av trygghet og fremmer den indre dialogen og integreringen. Mange steder i litteraturen finner vi sammenfallende beskrivelser som påpeker at både pasient og terapeut må bli klar over de ulike delene og sidene og hvilken funksjon de har for hele personen (van der Hart et al., 2006; Anstorp, 2006; Eggen, 2013; Fisher, 2014; van der Weele, 2014; Holbæk, 2014). Vi kan tenke oss at dette ikke er mulig å få til hvis terapeuten skal snakke bare med dagliglivsdelen (ANP) eller den voksne personen som kommer i terapien og som ikke har tilgang til det avspaltede materiale. Dette betyr at terapeuten trenger å lære seg måter å snakke til de ulike delene på, slik at man kan få dem i tale og nærme seg deres erfaringer, tanker og følelser og forstå den indre dynamikken som opprettholder hele systemet. Dette arbeidet minner om den hermeneutiske sirkelen: man kan ikke forstå helheten før man har kjennskap til delene og helheten forstått ut ifra delene kan kaste nytt lys over delene og deres funksjon.

Terapeuten i denne studien opplever at diskusjonen om hvorvidt man skal snakke med «de små» eller ikke, er dum og unødvendig. Terapeuten mener at de små ikke skal bli til hovedpasienter i terapien, men terapeuten er nødt til å forstå hvordan pasienten er skrudd sammen og må ha kjennskap til alle delene når hun skal trygge og stabilisere hele systemet. Denne kjennskap om delenes funksjoner, følelser eller forsvar som er involvert, kan komme når man snakker direkte med de ulike delene når de kommer. Senere kan terapeuten snakke via ANP til delene, og ha fokus på hele personen og anerkjenne delene samtidig, men dette først når man kjenner alle delene i systemet i følge terapeuten. Støtte for denne påstanden finner vi i litteraturen som belyser ulike måter å snakke med delene på. Terapeuten kan snakke direkte med én del eller bruke såkalt «multi-speak» for å snakke til flere lag av klientens bevissthet samtidig (Anstorp, 2006; van der Weele, 2014; Holbæk, 2014). Fisher (2014) anbefaler å snakke «delspråk» som oppfordrer til større differensiering mellom delene. Dette kan virke motsigende til den idéen om at terapeuten skal understreke at klienten er én person i bare én kropp. Det har vist seg imidlertid at det å snakke delspråk hjelper pasienter å reformulere sine symptomer og forstå dem som viktige budskap fra traumbærende deler, noe som gjør aksept mellom delene lettere og setter i gang integreringsprosessen. Det er altså forskjellige praksis, men budskap er det samme. Terapeuten bør snakke med de ulike delene.

Vi har sett i denne studien hva slags konsekvenser det hadde for pasienten når behandleren på en traumeavdeling snakket bare med dagliglivdelen (ANP) og de andre delene ble ikke tatt hensyn til. Pasienten selvskadet seg, dissosierte hele tiden og til slutt utviklet det seg en ny del som hjalp henne å tåle de store påkjenningene hun ble utsatt for.

Herved kan jeg konkludere med at det å snakke med de ulike delene ikke fører til videre oppsplitting hos DID pasienter selv om mange klinikere er bekymret for det. Nettopp det at alle delene blir sett og hørt, at alle skal få plass og bli tatt på alvor gjør at integreringen kan sette i gang.

## **Dissosiasjon som mangel eller forsvar?**

Det kan skape litt undring at det som forårsaket oppsplittingen i første omgang og skapte store problemer for pasienten senere i livet, er noe som pasienten oppfordres til å bruke aktivt i vanskelige situasjoner som medfører sterke følelser. Pasienten beskriver denne kontrollerte dissosieringen som annerledes, at det er en måte å dissosiere på og være til stede samtidig

uten at man skifter til en annen. Hun har lært seg å bruke på en annen måte den iboende menneskelige kapasitet å splitte opp i overveldende situasjoner. Her ser vi at dissosiering som løsningen er blitt problemet, og så er den blitt løsning igjen, hvis man dissosierer på riktig måte med frontallapene koplet på som muliggjør top-down regulering (Fisher, 2014). Dette er tilfelle med pasienten i denne studien som viser økt reflekterende kapasitet ved at hun klarer å rasjonalisere og berolige hele systemet i møte med potensielle traumetriggere og dermed i de fleste tilfellene unngå å dissosiere på en uønsket og ukontrollert måte.

Økt evne til refleksjon gjenspeiler seg også i nesten fraværende konflikter og intensive kamper mellom de ulike delene som har stilnet, og pasienten klarer å diskutere med de ulike delene i seg og de finner en løsning sammen. Forskning har vist at ettersom dagliglivsdelene (ANPene) blir forbundet med økt prefrontal kortikal aktivitet, vil evnen til å være nysgjerrig og legge merke til erfaringer man gjør seg, aldri gå tapt selv ikke hos de mest regredierte eller dekompenerte pasienter (Reinders et al., 2006). Det virker som viljestyrt, kontrollert dissosiasjon er forbundet med aktiviteten i prefrontal korteks, mens den ukontrollerte, automatiske dissosiasjon er forbundet med subkortikale strukturer i det limbiske systemet. Det er dermed forståelig at disse to formene for dissosiering er kvalitativt annerledes og dermed oppleves forskjellig av pasienten. Det er nærliggende å tenke på begge disse formene som forsvar. Den første kontrollerte som en adaptiv måte å regulere seg selv på, den andre automatiske som en maladaptiv måte å kople seg ut på. Mer nevrokognitiv forskning vil kunne svare på denne antakelsen (Vermetten, Dorahy & Spiegel, 2007).

## **Hvordan kan vi gjenkjenne symptomer på en dissosiativ lidelse?**

Terapeutens beretning fra denne studien viser at det fortsatt finnes fagfolk som ler av diagnosen DID og mener at det dreier seg om en psykotisk tilstand. Etter min mening er skepsis og latterliggjøring en dårlig forsvarsmekanisme mot egen uvitenhet. Det verste er at DID pasienter som er behandlingstrengende blir rammet og får ineffektiv behandling hos slike terapeuter, noe som skaper unødvendig belastning både for pasienten og behandlingsapparatet.

Selv om differensialdiagnostikk kan være veldig vanskelig i mange tilfeller, viser både pasientens og terapeutens opplevelse av pasientens tilstand at det ikke var så vanskelig å forstå at pasienten ikke var psykotisk. Det var et tydelig identitetsskifte på terapeutens kontor

som ble vendepunktet og gjorde at terapeuten med det samme skjønnte det kliniske bildet. Pasientens opplevelse av stemmene hun hører inni seg som deler av henne selv som har en klar forbindelse med selvopplevde ting, gjør dem forskjellige fra auditiv hallusinosose ved psykotiske tilstander. Pasienten hadde imidlertid fått flere diagnoser før som ADHD, depresjon, ubearbeidet sorg og behandlere klarte ikke å stille den riktige diagnosen. Selv om dissosiasjon ofte fører til alvorlig funksjonssvikt, det er ikke alltid det synes så godt siden disse pasientene klarer å ta seg sammen og fremstår som tilsynelatende godt fungerende i mange sammenhenger. Klar veksling mellom identiteter kommer sjelden fram tidlig i behandlingsforløpet fordi pasienter som opplever dette bruker mye energi på å skjule veksling for omverdenen. Skiftene kan i begynnelsen være veldig subtile slik at det kan være vanskelig å fastslå om man egentlig har sett dette uten å få pasientens beskrivelse. Det er viktig å se etter ikke-verbale tegn som øyebevegelser, endring i kroppsholdning og stemmebruk og være oppmerksom på pasientens kontakt med terapeuten og plutselige bevissthetsendringer eller temaskifte i samtalen (Bækkelund & Berg, 2014). Det viktigste er at terapeuten bør hele tiden ha en kritisk holdning og vurdere alternative forklaringer på symptomer. Man kan tenke seg at alternative forklaringer krever mye kunnskap om ulike tilstander slik at man kan foreta de riktige differensialdiagnostiske overveielser som er fortsatt viktig selv om det finnes kvalitetssikrede diagnostiske verktøy.

## **5 Implikasjoner for psykoterapi med dissosiative lidelser**

Hvordan opplever pasienten og terapeuten deres felles terapeutiske arbeid i de siste 10 årene? Pasienten opplever at dette arbeidet har vært veldig krevende og til tider heftig, men det er terapien hun takker for at hun lever i dag. Denne bevisstheten om nødvendigheten av å tåle alt det vonde som terapien rørte opp i og alt det kaotiske terapien skapte i begynnelsen, kan vi betrakte som pasientens stor styrke og ressurs. Forskning viser at det ikke er uvanlig med forverring av symptomene i den første tiden i terapien der det kan forekomme at stemmene blir sterkere, trangen til selvskadingen øker og pasienten opplever kriser (Piper & Merskey, 2004). Terapeuter bør dermed være oppmerksomme på denne mulige forverring og tilpasse sine arbeidsmetoder slik at dagliglivsdelene ikke blir helt overveldet og klarer å fungere i hverdagen. Terapeutens opplevelse viser i samme retning når hun forteller om viktigheten av å ikke gå for fort frem i terapien for hvis pasienten blir konfrontert med noe hun ikke tåler på



det tidspunktet så kan det slå over i psykotiske episoder. Dette er i samsvar med den terapeutiske oppgaven å utfordre pasientens unngåelse, men riktig dosering av utfordringene er viktigst med disse pasientene (van der Weele, 2014).

## **Betydningen av å skape mening i symptomene**

I pasientens fortelling om veien mot DID diagnosen kommer det tydelig fram hvor viktig det var for pasienten å endelig få forklaring på sine symptomer og at hun kunne kjenne seg igjen i den diagnostiske beskrivelsen. Dette viser til stor betydning og nødvendighet av psykoedukasjon relatert til pasientens tilstand. Psykoedukasjon om traumenes innvirkning på hjerneutvikling og utvikling av en strukturell dissosiert personlighet virker angstdempende og avmystifiserende. Eggen (2013) som selv er en DID pasient påpeker også i sin bok hvor mye det hjelper å lære om barns normale utvikling og forstå hvor på veien det gikk galt. Vi har sett i denne studien hvordan pasientens væremåte og reaksjoner ble normalisert ut ifra det som skjedde med henne og hvordan pasienten opplevde at en følelse av å være gal ble dermed svekket. Pasienten hadde slitt mye med å skape mening ut ifra symptomene sine før hun fikk DID diagnosen. Psykoedukasjon hjalp henne med å sette ord på sin tilstand. Pasienten ble mer forståelig og tydelig for seg selv og hun klarte endelig å skape mening av sin lidelse. I litteraturen finner vi sammenfallende beskrivelser om hvordan det å forstå egne reaksjoner gir økt aktivitet i prefrontal korteks og dermed økt oppmerksomhet og tilstedeværelse i nuet fordi det ikke er så truende å være til stede, noe som gir basis for å være i kontakt med, tåle og å regulere sine følelser (Axelsen, 2013; Fisher, 2014). Man kan tenke seg at det er kanskje nødvendig å ha flere runder med psykoedukasjon over tid i arbeid med DID pasienter på grunn av den oppsplittede bevisstheten som kan gjøre at pasienten ikke får med seg det som blir sagt. Det å skape mening i symptomene er helt vesentlig i og med at det skaper trygghet, reduserer følelse av avmakt og gir håp.

## **Arbeid med følelser hos DID pasienter**

Pasientens og terapeutens beretning har vist at arbeid med følelser er et av de sentrale aspektene i endringsarbeidet med DID pasienter. Følelsene har vært et stadig tilbakevendende tema i terapirommet gjennom hele forløpet. Litteraturen forteller om den manglende

kapasiteten til å regulere følelser som den største skadevirkningen av tidlig traumatisering (Schoore, 2003). Derfor blir det viktig å jobbe med emosjonsregulering gjennom hele terapiforløpet, ikke bare i stabiliseringsfasen i oppstarten av terapien. Dette er et tidkrevende, men svært nødvendig arbeid med en pasient som har lært å spalte av følelsene sine eller lever i konstant aktivering av følelser fra traumbærende deler. Skal vi oppnå integrering, da må vi jobbe med affektintegrasjon. Integrering av de ulike delene hos DID pasienter medfører også integrering av de sterke affektene som hører til enhver av delene.

Siden det er viktig å passe på at dagliglivsdelene ikke blir overveldet og klarer å fungere i hverdagen, må vi jobbe først med å øke toleransen for vanlige hendelser og følelser i dagliglivet før vi kan jobbe med fobien for sterke, vonde følelser knyttet til traumene. Terapeuten må i en periode av terapien være forberedt på å fungere som affektregulator for pasienten, slik at pasienten kan lære å tåle følelser og reaksjoner uten å bli overveldet eller forsvinne (Benum, 2006). Det er en selvfølge at terapeuten jobber samtidig med identifisering og korrigerende av kognitive fordreininger siden affekt og kognisjon er nært bundet sammen i pasientens meningsdannelse. Pasientens opplevelse forteller om vanskene med å bli klar over og vedkjenne seg de følelsene ulike delene representerer. Det tok tid å forstå at alle følelser er viktige og at ingen av disse følelsene er verken feil eller ulovlige. Denne studien viser at når panikken, redselen og innadrettet sinne i form av selvskading blir roet, må arbeid med følelser fortsette videre. Da kommer skam, skyldfølelse, sorg og utadrettet sinne som skal få mer plass i terapirommet. Vi ser gjennom pasientens fortelling hvor viktig det er å kunne roe, stabilisere og trøste seg selv, å tåle å være alene og vente, å tåle følelser. Ved å lære seg å tåle følelsene og det som er ubehagelig, blir pasienten mindre trigget og dermed dissosierer hun mindre. Økt toleranse for affekt oppleves som trygghetsskapende og motiverende for videre integreringsarbeid. Vi ser at arbeid med følelser er et viktig element som må integreres i terapien. Forskning har også vist at graden av bedring i terapien henger sammen med det å etablere en evne til å forholde seg til følelser som signaler og som kilde til motivasjon (Solbakken, 2013).

Oppsummert, det ser ut til at arbeid med følelser hos DID pasienter er som vanlig emosjonsfokuset psykoterapi, men i tillegg må terapeuten gjennom hele terapiforløpet ta hensyn til pasientens svekkede evne til å regulere følelser. Traumatiske belastninger fører ofte til en lavere terskel for å komme i sterk affekt, samtidig som slike belastninger svekker de hjerneområdene som hjelper oss med affektregulering.

## **Terapeuten trenger kunnskap og å kunne tilby en trygg havn**

Pasienten i denne studien verdsetter høyt terapeutens faglige dyktighet og kunnskap om nødvendige behandlingsmetoder. Terapeutens opplevelse formidler hvor viktig det er at man holder seg faglig oppdatert og øker sin kunnskapsbasen. For pasienten er det viktig at terapeuten ikke plutselig skifter retning og arbeidsmetode overfor henne, men tar inn det som passer inn i pasientens terapi. Slik opplever pasienten forutsigbarhet og trygghet. En slik forståelse finner vi også i litteraturen. Rønnestad og Skovholt (2013) fremhever at den erfarne terapeuten foretar en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt nye teoretiske og empirisk baserte konsepter sammenfaller med hvordan de allerede forstår sine pasienter. Nye konsepter taes imot bare hvis de utfyller denne forståelsen. Samme forfattere slår fast at metodene ikke er uviktige, selv om psykoterapiforskning tilsier at fellesfaktorer, inkludert terapeuteffekt, er av større betydning for utfall i terapien (Lambert, 2013; Kim, Wampold & Bolt, 2006). Vi kan ikke betrakte metoder og terapeuten uavhengig av hverandre siden terapeuten bruker metoder som mediatorer for sin evne til å danne helende relasjon. Uten spesifikke metoder har vi ingen psykoterapi. Både metoder og terapeutegenskaper er viktige, noe som er tilsvarende pasientens opplevelse.

Pasientens beretning viser også hvor stor betydning for hele det terapeutiske arbeidet og fremgang har terapeutens relasjonelle egenskaper. For pasienten har det vært helt avgjørende at terapeuten holdt fast på henne og ikke ga henne opp underveis. Terapeuten er en nær person, en som bryr seg, viser omsorg og empati, en som pasienten kaller for sikkerhetsventil i krisetilfeller. Psykoterapiforskning har vist at terapeutens relasjonelle ferdigheter er like viktige som metodene som anvendes i behandlingen. Det at terapeuten er vennlig og empatisk, fleksibel og respektfull, ærlig, varm og genuin i sin væremåte, er alle viktige egenskaper (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Disse ferdighetene får enda større relevans i arbeidet med pasienter traumatisert i nære relasjoner som har store problemer med å knytte seg til, ha tillit til eller forholde seg til andre. Terapeuten bør legge til rette for at pasienten gjør seg nye korrigerende emosjonelle erfaringer og oppleve at det ikke er farlig å stole på et annet menneske. Dette tillitsarbeidet tar lang tid på grunn av svekket relasjonell kapasitet hos pasienter med omfattende traumatisering i barndom og oppvekst. Og tillit er den viktigste konteksten for all den smertefulle bearbeiding gjennom terapien (Benum, 2014)

## Avslutning

Denne studien har vist oss at det å sette integreringsprosessen i gang og få til endring med en DID pasient krever lang tid, mye tålmodighet og mot fra begge parter. Terapien med en DID pasient er et møysommelig arbeid som kan by på mange utfordringer. Det kan oppstå vanskelige situasjoner i og utenfor terapirommet, stagnasjon, til og med forverring i oppstart av terapien og en påfølgende kaotisk tilstand hos pasienten over lengre tid.

Dette bør terapeuter huske hvis egne følelser av avmakt, oppgitthet eller irritasjon begynner å få overtak. Det kan være til hjelp å vite at prognosen ved denne lidelsen faktisk er god, forutsatt at pasienten har den nødvendige mentale kraften som skal til for å jobbe med dette, og terapeuten har nødvendig kunnskap om hvordan man gjør det. Det finnes etter hvert tilgjengelig, god kompetanse på dette fagområdet. Dette skaper et mer optimistisk syn for terapeuten som trenger å være godt utrustet for å kunne fasilitere de nødvendige forutsetningene for pasientens positive utvikling og bevegelse. Dette gir styrke og håp for pasienten om at en lysere og mer meningsfylt fremtid er mulig. Dette gir stor felles glede når bedring hos pasienten inntreffer gjennom meningsdannelse, gjensidig tillit og en erkjennelse av at det emosjonelle båndet føles trygt og godt.

Jeg startet dette prosjektet med en nysgjerrighet på DID siden det er så mange kontroverser knyttet til denne lidelsen. Jeg sitter med en dyp takknemlighet overfor mine velvillige informanter som har gjort mitt ønske til virkelighet. Jeg er takknemlig for å bli kjent med den sterke, modige kvinnen som åpnet dørene til sin indre verden for meg. Takk for at jeg har fått innblikk i et liv som på mange måter arter seg forskjellig fra det jeg har hatt mulighet til å møte så langt som psykologistudent. Jeg er takknemlig til den varme terapeuten og er imponert over hennes dyktighet, utholdenhet og godhet. Jeg avslutter dette prosjektet med en uvurderlig erfaring og erkjennelse av hvor viktig det er å ha god forståelse av hva det er som kan hjelpe pasienter med denne problematikken. Jeg føler enda større ydmykelse og respekt for de som har slitt så mye i livet og allikevel klart å overleve og kjempe videre.

# Litteraturliste

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. utg. DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anstorp, T. (2006). Arbeid med delene! Psykoterapi med klienter med dissosiativ identitetsforstyrrelse. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Axelsen, E.D. (2013). Meningsskaping – en diamant i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen, & E. Hartman (red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Axelsen, E.D. & Wessel, E. (2006). Den traumatiserte hukommelse. Hvordan fungerer hukommelsen ved senneffekter etter traumer? I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. (2014). Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjonen. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. & Boe, T.U. (1997). Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep: Forståelse og betydning for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 34, 81-91.
- Berg, A.O. & Bækkelund, H. (2014). Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 52 (3), 247-254.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-495.
- Bromberg, P.M. (1998). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma and dissociation*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.

- Bækkelund, H. & Berg, A.O. (2014). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Crittenden, P.M. (1995). Attachment and Psychopathology. I S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (red.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Dell, P.F. (2013). Three dimensions of dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 14 (1), 25-39.
- Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D. & Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history. Similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (12), 892-898.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I C. Willig & W. Stainton Rogers (red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage.
- Eggen, I. (2013). *Fra traumer til vonde minner. Om dissosiasjon og integrering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fisher, J. (2014). Behandling av oppsplittet personlighet etter kronisk traumatisering. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holbæk, I. (2014). Indre samarbeid – Faseorientert arbeid med dissosiative lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E.C.M., Frasier, F. & Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Howell, E. (2008). From hysteria to chronic relational trauma disorder: The history of borderline personality disorder and its links with dissociation and psychosis. I A. Moskowitz, I. Schäfer & M. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Jakobsen, M., Benum, K. & Anstorp, T. (2006). Dissosiasjon- noen diagnostiske overveielser. Kritiske innspill og kliniske erfaringer. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kim, D. H., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(02), 161-172.
- Kvale, S. (2010). *Doing Interviews* (vol. 3). SAGE Publications Ltd.
- Laddis, A. & Dell, P.F. (2012). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13 (4), 397-413.

- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg.). Hoboken, New Jersey: John Wileys & Sons, Inc.
- Larsson, S., Andreassen, O.A., Aas, M., Røssberg, J.I., Mork, E., Steen, N.E.,... Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (2), 123-127.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Kirsch, I., Chaves, J., Sarbin, T., Ganaway, G. & Powell, R. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin*, 125, 507-523.
- Lynn, S. J., Berg, J., Lilienfeld, S., Merckelbach, H., Giesebrecht, T., Accardi, M. & Cleere, C. (2012). Dissociative Disorders. I M. Hersen & D.C. Beidel (Red.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (6. Utg.). Hoboken, New Jersey: John Wileys & Sons, Inc.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counseling and Psychotherapy*. SAGE Publications Ltd.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. Lastet fra <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten: Teoretisk forståelse og begrepsavklaring. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9, 855-879.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. Lastet fra <http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/articles.html>
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Piper, A. & Merskey, H. (2004). The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 678-683.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Reinders, A.A., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M., Willemsen, A.T.M. & den Boer, J.A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60 (7), 730-740.

- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner. Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. East Sussex: Routledge.
- Schore, A.N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Siegel, D. (2009). Mindful awareness, mindsight and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37 (2), 137-158.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Solbakken, O.A. (2013). Arbeid med følelser – integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. D.Axelsen, & E. Hartman (red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E. & Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28 (9), 824-852.
- Steel, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2006). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. Arbeid med dissosiasjon og traumerelaterte fobier. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steinberg, M. & Siegal, H.D. (2008). Advances in assesment: The differential diagnosis of dissociative identity disorder and schizophrenia. I A. Moskowitz, I. Schäfer & M. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books
- Sønderland, K. (2009). Helseforskningsloven. Lastet fra <https://www.etikk.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/helseforskningsloven>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- van der Weele, J. (2014). Arbeid med dissosiative symptomer - noe i tillegg til vanlig god terapi. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Veileder av forskningsetisk vurdering av hovedoppgaveprosjekter. Lastet fra [http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC6100/REK\\_veileder.html](http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC6100/REK_veileder.html)
- Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (2007). *Traumatic dissociation, neurobiology and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.



- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (3. utg.). London: Open University Press, McGraw Hill Education
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2. utg.). London: Sage.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 89-101.

# Vedlegg

Vedlegg 1

Infoskriv og forespørsel om deltakelse i studie ved psykologisk institutt, UiO

## **Samtykkeerklæring til pasient**

### **Informasjon om prosjektoppgaven**

#### ***Bakgrunn og formål***

Dette er et spørsmål til deg som er pasient ved (navn utelatt) DPS om å delta i en kvalitativ studie tenkt som min hovedoppgave i profesjonsstudium i psykologi ved UiO. Studien vil være en del av kvalitetssikringsarbeid ved poliklinikken der du er pasient. Hensikten med oppgaven er å belyse DID (dissosiativ identitetsforstyrrelse) fenomenet og et behandlingsforløp både fra pasientens og behandlerens perspektiv. Problemstillingen skal rettes mot viktige spørsmål om differensialdiagnostikk og behandling og drøfting av hvilke valg behandleren har gjort ift. dette. Det blir interessant i denne sammenheng å se litt nærmere på spørsmål som for eksempel behandlerens forhold til de ulike dissosiative deler og metodisk valg, og ikke minst din opplevelse av dette. Og hvordan få best mulig arbeidsallianse som er viktig for utfall i terapien?

Du og din terapeut vil bli intervjuet. Det tas lydopptak av intervjuene, lydfilen transkriberes og aidentifiseres av meg. Lydfiler skal slettes etter transkribering og transkriberte datafiler slettes når oppgaven er ferdig.

Jeg ble kjent med historien din på internundervisning ved (navn utelatt) DPS allmennpoliklinisk enhet, og tror at din fortelling og deltakelse i dette prosjektet kan hjelpe terapeuter å enda bedre forstå dissosiasjon som et fenomen knyttet til effekter av langvarig og omfattende traumatisering. Din opplevelse av din egen tilstand og behandlingen som er gitt, blir et verdifullt bidrag til vår kunnskapsbase og måten vi møter DID pasienter på.

#### ***Hva skjer med informasjonen om deg?***

Alle opplysningene vil bli behandlet strengt fortrolig i anonymisert form, uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnet ditt og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i studien når denne publiseres. Som informant kan du få tilsendt det ferdige transkriberte intervjuet til gjennomlesing/godkjenning og du kan få tilsendt den ferdige hovedoppgaven, dersom du ønsker det.

### ***Frivillig deltakelse***

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæring på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte din behandler psykologspesialist (navn utelatt) eller min veileder psykologspesialist Kirsten Benum (tlf.nr. utelatt), førsteamanuensis ved Psykologisk institutt.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i studien

Sted og dato \_\_\_\_\_ Signatur \_\_\_\_\_

## Vedlegg 2

Infoskriv og forespørsel om deltakelse i studie ved psykologisk institutt, UiO

# Samtykkeerklæring til terapeut

## Informasjon om prosjektoppgaven

### *Bakgrunn og formål*

Dette er et spørsmål til deg som er psykologspesialist ved (navn utelatt) DPS om å delta i en kvalitativ studie tenkt som min hovedoppgave i profesjonsstudium i psykologi ved UiO. Studien vil være en del av kvalitetssikringsarbeid ved poliklinikken. Hensikten med oppgaven er å belyse DID (dissosiativ identitetsforstyrrelse) fenomenet og et behandlings forløp både fra pasientens og behandlerens perspektiv. Problemstillingen skal rettes mot viktige spørsmål om differensialdiagnostikk og behandling og drøfting av hvilke valg du som behandleren har gjort ift. dette. Det blir interessant i denne sammenheng å se litt nærmere på spørsmål som for eksempel behandlerens forhold til de ulike dissosiative deler og metodisk valg, og ikke minst pasientens opplevelse av dette. Og hvordan få best mulig arbeidsallianse som er viktig for utfall i terapien?

Din opplevelse og erfaring som behandler kan hjelpe terapeuter å enda bedre forstå dissosiasjon som et fenomen knyttet til effekter av langvarig og omfattende traumatisering og hva det er som gir gode resultater i behandlingsprosessen.

### *Hva innebærer studien?*

Studien blir gjort i form av en fenomenologisk kasusbeskrivelse og skal omfatte intervju med både pasient og behandler. Det tas lydopptak av intervjuene, lydfilen transkriberes og aidentifiseres av meg. Lydfiler skal slettes etter transkribering og transkriberte datafiler slettes når oppgaven er ferdig. Resultatene av kvalitativ analyse settes i sammenheng med teoretiske modeller og forklaringer om dissosiative lidelser.

### *Hva skjer med informasjonen om deg?*

Alle opplysningene vil bli behandlet strengt fortrolig i anonymisert form, uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Som informant kan du få tilsendt det ferdige transkriberte intervjuet til gjennomlesing/godkjenning og du kan få tilsendt den ferdige hovedoppgaven, dersom du ønsker det.

### *Frivillig deltakelse*

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæring nederst på siden. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i studien

Sted og dato \_\_\_\_\_ Signatur \_\_\_\_\_

## **Intervjuguidene**

Intervjuene skal gjennomføres ved poliklinikken, på terapeutens arbeidssted. Terapeuten er kjent med bruk av lydopptak ved intervjuing og pasienten skal informeres i forveien når intervju avtales. Det er antatt flere runder med intervjuing, hver inntil 1-1,5 timer avhengig av informantenes ønske.

Det tas lydopptak av intervjuene, lydfilen transkriberes og aidentifiseres av meg. Alle opplysningene vil bli behandlet strengt fortrolig i anonymisert form, uten navn eller andre direkte gjenkjenneriske opplysninger. Dataene analyseres ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). Lydfiler skal slettes etter transkribering og transkriberte datafiler slettes når oppgaven er ferdig. Dersom informantene ønsker det, kan de få tilsendt det ferdige transkriberte intervjuet til gjennomlesing/godkjenning og de kan få tilsendt den ferdige hovedoppgaven.

### **Intervjuguide til pasienten:**

#### Terapien/ behandling

- Hvor lenge har du vært i terapi?
- Hvordan har det vært å være i terapi?
- Hva var viktigst i behandlingen for deg?
- Hvordan var relasjonen til behandleren din?
- Hvordan jobbet du med å få tillit til terapeuten? Var det mye motstand i deg?
- Kan du si noe om betydning av å få god tid i behandling?

### Diagnose/symptomer

- Hvordan har det vært å ha en DID og hvordan opplevdes det å få diagnosen?
- Kan du fortelle om dine tidligere behandlingserfaringer og hvordan du ble møtt?
- Hvordan har det vært med de ulike delene? (Hva skjedde? Prosessen med de ulike delene)
- Har de ulike delene hatt ulike funksjoner?
- Kunne du tenke deg å fortelle om de ulike delene av deg? Kalte du deg vi eller jeg?
- Det ble fortalt på internundervisning at en av de delene hadde drevet med selvskading. Hvordan fikk du hjelp med det? (Hvilken funksjon hadde denne delen i ettertid?)
- Det kom også fram på internundervisning at du hadde skrevet dagbøkene. Hvilken nytte hadde du av å skrive dagbøkene? Er det noe du har lyst til å fortelle om? (Er det forskjellige deler som skriver?)

### Bakgrunn

- Kunne du fortelle kort om historien din?
- Hvordan har du levd før du klarte å sette ord på det?
- Har du prøvd å fortelle dette før? Har du visst om dette selv?

### Nåtiden

- Hvordan ville du beskrive din tilstand i dag? Føler du deg som ett jeg eller splittet i dag? (Hvordan omtaler du deg selv nå – som vi eller jeg?)
- Hvordan lever du med dissosiasjon/ de delene i dag? (Opplever du større kontroll og samarbeid mellom de ulike delene av deg? Skjer det at du dissosierer i dag?)
- Er det noe av det du har arbeidet med i behandlingen som du bruker i dagliglivet?
- Har dere arbeidet med følelser i terapien?



- Er du nærmere følelsene dine i dag?
- Opplever du noe forskjell i ditt forhold til dine egne følelser før i tiden og nå? Er ditt følelsesmessige liv rikere og mer nyansert i dag?
- Er det noe mer som har forandret seg ved deg siden terapioppstart?
- Hva tror du selv, hva var det som forårsaket alle disse endringene?
- Tror du at disse endringene ville inntreffe hvis du ikke hadde vært i terapi?

### **Intervjuguide til terapeuten:**

- Hvordan ville du beskrive arbeidet med denne klienten?
- Når skjønnte du at det dreier seg om DID? Når begynte du å lure? Hvilke tegn peket i retning av en DID?
- Det kom frem på internundervisning at pasienten hadde fått flere ulike diagnoser før. Hvordan ser du forholdet mellom disse diagnosene og DID?
- Hvor mye kunnskap om denne lidelsen og erfaring med andre klienter har hjulpet deg?
- Hvordan arbeidet du når du skjønnte at det var en DID?
- Kan du fortelle noe om utfordringer du opplevde underveis i behandling?
- Kan du fortelle noe om utfordring ifm. pasientens selvskading? Var du redd for pas.?
- Har det vært brudd i alliansen? Hvordan ble bruddet reparert?
- Hva tenker du om din relasjon til klienten?

- Har det vært konflikt mellom pasientens ulike deler og hvordan har disse delene knyttet seg til deg?
- Var det like viktig å få allianse med alle delene?
- Har du vært i noen undervisning på dette tema? Har du møtt støtte eller skepsis fra kollegaer i ditt arbeid med oppsplittethet?
- Kan du fortelle kort om forløpet og hvordan var det i ulike faser av behandlingen?

Vedlegg 4

Uttalelse om ansvarsforhold

**Angående kasuistikk i hovedoppgave i psykologi v student Jelena Gojkovic (f. 16.08.'77)**

- Pasienten har et positivt ønske om å bidra i prosessen med hovedoppgaven.
- Pasienten fristiller all informasjon som er relevant i form av personlig intervju.
- Pasienten er klart samtykkekompetent, hun er ikke lenger en DID, og har god oversikt og økende kontroll over sitt indre system, der ANP har gjort en stor integreringsjobb.
- Hovedoppgaven skal inngå i kvalitetssikringsarbeid (oppfølging av pasienten) ved poliklinikken. U.t. har et etisk ansvar og forholder meg til Helsepersonellovens føringer mht. taushetsplikt og forsvarlig dokumentasjon samt oppfølging av pasientens og studentens kontakt.

Vennlig hilsen

(navn utelatt)

Psykologspesialist

(navn utelatt)

Psykologspesialist/Enhetsleder

Faculty of Social Sciences – Departement of Psychology

Jelena Gojkovic

Date: 16 September 2014

### **Ethical evaluation of research project**

Your project « A case study of patients' and therapists' experience of Dissociative Identity disorder» for your dissertation in the Professional clinical programme in Psychology at the department of Psychology, University of Oslo has been ethical evaluated.

The project is based on data collected at (navn utelatt) DPS where all individuals that have participated have signed informed consent forms as to let the data be used for research. The data will be anonymized and original data destructed.

Your project « A case study of patients' and therapists' experience of Dissociative Identity disorder » has been approved by the Department of Psychology's Research Ethics Committee.

Sincerely yours, on behalf of the Committee,

Anne Inger Helmen Borge

Head of Research, leader of the Department of Psychology's Research Ethics Committe



Postal address:  
E-mail: [www.uio.no](http://www.uio.no)















