

# Kognitiv terapi ved depersonalisering og derealisasjon

Lars Dehli

Depersonalisering og derealisasjon er plager som ofte opptrer sekundært til andre psykiske lidelser. Kognitiv terapi som kombinerer kjente intervensjoner fra behandling av panikkangst og sosial fobi, har vist god effekt.

En rekke fenomener dekkes av begrepet dissosiasjon. Felles er en endret bevissthetstilstand som påvirker en persons hukommelse, oppmerksomhet eller identitetsopplevelse (Kihlstrom, 2005). En over-ordnet beskrivelse er at dissosiasjon er det motsatte av assosiasjon, en manglende integrering av elementer i bevisstheten som vanligvis tas for gitt. Et mangfold av teorier om fenomenet har florerert siden franskmannen Pierre Janet gjorde begrepet kjent på slutten av 1800-tallet. Det har vært mye debatt om fenomenets natur og mekanismene bak. I en oversiktsartikkel har Holmes og medarbeidere (2005) gått igjennom litteraturen på området. De konkluderer med at det finnes to ulike typer dissosiasjon, og at de som er uenige om dissosiasjon, ofte snakker om to forskjellige typer uten at det er gjort eksplisitt. For det første har vi *frakopling* («detachment»), en endret bevissthetstilstand der normale deler av en opplevelse, som vanligvis tas for gitt, ikke er til stede. Inkludert her er depersonalisering, med en opplevelse av at selvet er frakoplet, og derealisering, der den ytre verden synes uvirkelig. For det andre har vi *splittelse* («compartmentalization»), der to eller flere funksjoner opererer uavhengig av hverandre. I denne kategorien finnes dissosiativ identitetsforstyrrelse (tidligere multipel personlighetsforstyrrelse), konversjonslidelser og dissosiativ amnesi.

Dissosiativ identitetsforstyrrelse har fått mye oppmerksomhet, særlig fordi multipel personlighetsforstyrrelse er et myteomspunnet fenomen som er omhandlet bredt også i skjønnlitteratur og film. Teorier og terapi av denne formen for dissosiasjon tar ofte utgangspunkt i å avdekke en traumehistorie som bakenforliggende årsak til lidelsen, for så å bearbeide traumet og integrere de splittede delene av personen. I dette perspektivet sees dissosiasjon som en forsvarsmekanisme som beskytter personen fra psykisk ubehag. Depersonalisering og derealisasjon forstås som en strategi for å mestre vonde opplevelser ved at personen fjerner seg psykisk samtidig som han/hun er fysisk til stede (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006; Benum & Boe, 1997; Maldondo, Butler & Spiegel, 2002).

## Kontinuum av depersonalisering og derealisasjon

Depersonalisering er en tilstand der personen opplever en følelse av uvirkelighet og distanse fra seg selv. I depersonalisering synes den ytre verden uvirkelig og fremmed. Disse symptomene kan opptre både samtidig og hver for seg. Til forskjell fra en psykose vil personen vanligvis ha innsikt i at dette er et subjektivt fenomen og ikke objektiv virkelighet (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organisation, 1993).

En ny tilnærming, som kan supplere andre tiltak i behandling av depersonalisering og derealisasjon, tar utgangspunkt i kognitiv terapi. Fra dette ståstedet sees disse plagene som resultater av katastrofale fortolkninger av normale opplevelser som de fleste har fra tid til annen. Studier har vist at opptil 70 % av ikke-kliniske populasjoner rapporterer slike opplevelser (Hunter, Sierra & David, 2004). Et fenomen som mange har opplevd, er en form for hypnotisk tilstand mens en kjører langs landeveien («highway hypnosis»). Du kjører bil på en velkjent vei eller en rett strekning, kjøreforholdene er gode og det er lite trafikk, høyst sannsynlig er det mørkt ute. Plutselig innser du

at du ikke husker å ha kjørt de siste kilometerne, du minnes verken trafikken eller ting langs veien. Du kan lure på om du har hatt et slags «blackout». Det som skjer, er at du under lette kjøreforhold lar kjøringen gå over på autopilot og vender oppmerksomheten innover til dagdrømmer eller andre tanker. Når du vender oppmerksomheten tilbake til kjøringen, vil du ikke huske noe av kjøringen, fordi den aldri ble lagret i hukommelsen. Opplevelsen kan bli enda sterkere dersom du heller ikke husker hva du dagdrømte om. Slike fenomener oppstår også ofte under påvirkning av cannabis, et stoff som virker inn på lagring av minner fra korttids- til langtidshukommelsen (Farthing, 1992). Andre faktorer som kan utløse depersonalisering og derealisasjon, er stress, utslitthet, søvnløshet og alkoholrus (Hunter et al., 2003) og religiøse ritualer (Holmes et al., 2005). Miller, Brown, DiNardo og Barlow (1994) utførte en studie der de demonstrerte at depersonalisering og derealisasjon kan induseres hos personer med og uten panikkangst. Fremgangsmåten var å la forsøkspersonene se på en prikk på veggen eller å se seg selv inn i øynene i et speil i et par minutter. Dette gjaldt spesielt personer med panikk lidelse, som nettopp har angst for denne type uvirkelighetsopplevelser, fordi de forbinder det med kontrolltap, men mange andre hadde også disse opplevelsene. Dette er med andre ord opplevelser som de fleste av oss kan ha fra tid til annen.

Et personlighetstrekk som er knyttet til slike opplevelser, er tendensen til å bli fullstendig absorbert («absorption»), ved å innskrenke eller utvide oppmerksomhetsfokuset og å ved å utydeliggjøre grensen mellom seg selv og den ytre verden (Tellegen & Atkinson, 1974). Personer som skårer høyt på denne tendensen, har ofte lett for å bli oppslukt av en bok og å leve seg helt inn i en film. Dette er igjen knyttet til åpenhetsdimensjonen i Big Five-modellen av personlighet, og også til grad av hypnotiserbarhet (Kihlstrom, 2005).

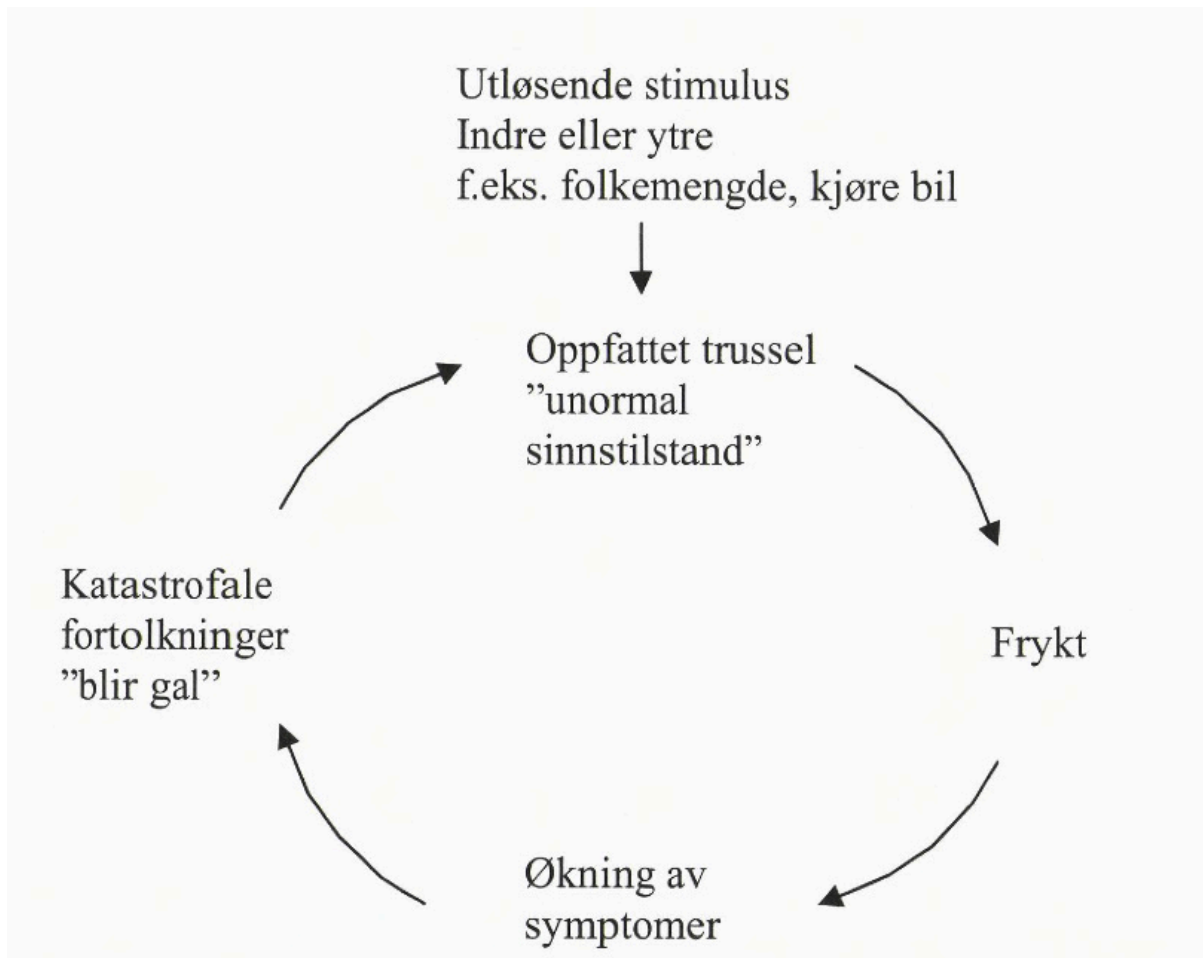
Det synes som depersonalisering kan sees som et kontinuum definert av alvorlighetsgrad og grad av funksjonell reduksjon. I den ene enden av skalaen er korte episoder av fjernhet som skaper lite ubehag, for eksempel i forbindelse med lett alkoholpåvirkning eller utslitthet. På den andre enden av skalaen er gjentatte svært ubehagelige opplevelser der personen ikke kjenner igjen seg selv eller omgivelsene. Milde episoder av derealisasjon kan være berikende, som å fortape seg i en estetisk opplevelse. Alvorlige episoder kan være så skremmende at det reduserer en persons livskvalitet; for mange går det utover jobb, skole og sosial kontakt (Holmes et al., 2005).

## Den kognitive modellen

Kognitive modeller for angstlidelser legger til grunn at det ofte er katastrofale fortolkninger av vanlige opplevelser som er drivkraften bak plagene. En mann som er oppmerksom på at hjertet hopper over et slag, og som tenker: «Dette er normalt, ikke farlig,» vil raskt glemme episoden. Dersom han tenker: «Dette er tegn på hjertesykdom, jeg er døden nær,» vil han bli svært oppmerksom på hjertet for å forsikre seg om at det ikke skjer noe unormalt. Dessverre for mannen vil frykt nettopp kunne føre til hjertebank, og slik bekrefte at det er grunn til angst: «Jeg hadde rett, hjertet galopperer vilt, her er det noe galt!» Denne tanken vil skape mer frykt, som igjen fører til kraftigere hjertebank. Mannen er dermed fanget i en ond sirkel mellom katastrofale tolkninger av kroppslige signaler og en kropp som blir stadig mer aktivert av frykten. Slik kan normale kroppslige hendelser utvikle seg til alvorlig panikk lidelse (Clark, 1989). Gjennom liknende mekanismer er helseangst og hypokondri beskrevet. Overdreven opptatthet av at det kan være noe uregelmessig i kroppen, med påfølgende katastrofale fortolkninger, gir forestillinger om at man er døden nær (Salkovskis, 1989).

I en episode av depersonalisering kan en slik katastrofal fortolkning ofte være: «Jeg er i ferd med å bli gal», «Jeg mister kontrollen», «Dette er et tegn på at det er noe feil med hjernen min». I

motsetning til eksemplet med panikkangst ovenfor vil disse personene ofte oppleve unormalt lav kroppslig aktivering. Frykten kan føre til at økt oppmerksomhet på symptomene gir en økning av disse, noe som igjen fører til sterkere depersonaliseringsopplevelse. Dermed er en ond sirkel i gang (se figur 1). Etter en slik episode vil personen bli på vakt for disse symptomene. Dessverre vil et slikt fokus føre til at man lettere finner tegn på at noe er unormalt – og dermed forsterkes den onde sirkelen. Ofte vil personen utvikle atferd som skal beskytte mot plagene, som å unngå folkemengder, fordi de kan forsterke opplevelsen av depersonalisering (Hunter et al., 2003).



Figur 1 Ond sirkel av depersonalisering, derealisasjon og frykt; etter Clarks (1989) modell for panikkangst

## Behandling

Holmes og medarbeidere (2005) anbefaler en differensiering av to typer dissosiasjon for å finne frem til en optimal behandlingsform. Personer som lider av en type dissosiativ splittelse («compartmentalization»), har ofte nytte av terapi der reaktivering og integrering av de splittede elementene står i fokus. De som lider av dissosiativ frakopling («detachment»), nyttiggjør seg ofte kognitiv terapi i form av kunnskapsformidling om symptomene, kartlegging av utløsende faktorer og teknikker for å redusere plagene.

Hver enkelt klient som er plaget med depersonalisering og derealisasjon, har unike opplevelser. Det er derfor viktig å lage en skreddersydd behandling. Et rammeverk for å tilpasse denne

behandlingen følger prinsippene fra kognitiv terapi ved angstlidelser (Holmes et al., 2005; Hunter et al., 2003, 2005).

## Informasjon om den kognitive modellen

Samspillet mellom tanker, følelser og handlinger er essensielt i kognitiv terapi. En kort innføring inneholder gjerne eksempler på hvordan tanker som: «Å nei, dette er hjerteinfarkt!» og «Jeg blir gall!» påvirker følelser, kroppslig aktivering og handlinger – og hvordan dette igjen påvirker tankene (Berge & Repål, 2004).

## Formidlig av kunnskap om symptomene

Dissosiative symptomer oppleves ofte som uforståelige og skremmende for klienter. Informasjon om at dette er en ufarlig og velkjent tilstand, og at slike opplevelser er vanlig blant folk, vil ofte være betryggende. Mange klienter vil kjenne seg igjen beskrivelser som å «bli helt borte i en film eller bok». En normalisering av dette som en strategi for å distansere seg selv i truende eller stressende situasjoner, kan også hjelpe til å skape forståelse.

## Kartlegging

Variabiliteten er symptomene er viktig. Hvilke situasjoner dukker de opp i? Når er det spesielt ille? Hva tenkte du da? Hva gjorde du? Hva fikk det deg til å føle? Kartlegging vil også understreke at forandringer i tanker og atferd kan påvirke dissosiasjonssymptomer, og dermed styrke forestillingen om at symptomene er kontrollerbare og ikke tegn på permanent patologi som for eksempel «galskap» eller «hjernesvulst». Et ABC-skjema (A = situasjon, B = tanker, C = følelser og handlinger som er konsekvenser av at situasjonen tolkes på en bestemt måte), med gradering av ubehag av opplevelsen, på en subjektiv skala fra 0 til 100, kan være et godt kartleggingsinstrument (Berge & Repål, 2004).

## Redusere selv-fokusert oppmerksomhet

Forskning viser at personer med dissosiasjon ofte har problemer med oppmerksomhetsregulering (DePrince & Freyd, 1999), og at selektiv oppmerksomhet er en viktig faktor i depersonalisering og derealisasjon (Miller et al, 1994). Oppmerksomhet rettet mot symptomene fører ofte til en eskalering av dem. Refokusering av oppmerksomheten kan øke personens kontakt med virkeligheten og bryte den onde sirkelen av symptomeskalering. En slik intervensjon er å differensiere mellom oppmerksomhet rettet mot indre stimuli, det vil si kroppslige symptomer som hjertebank, og mentale symptomer, som uvirkelighetsfølelse og katastrofale tolkninger, og ytre stimuli, det vil si omgivelsene, andre mennesker, lyder og lukter. Gjennom bevisstgjøring vil klienten lære å gjenkjenne et overdrevent indre selv-fokus. Da kan man bruke teknikker for å vende oppmerksomheten utover. En slik teknikk er hentet fra terapi med sosial fobi, som også preges av et overdrevent indre selv-fokus. Klienten snur aktivt oppmerksomheten utover, ved for eksempel å konsentrere seg om hva andre gjør, hva slags øyefarge de har, eller hvor mange verb de bruker når de snakker. Her er det åpent for individuelle tilnærminger. Clark og Wells (1995) beskriver en moteinteressert klient som aktivt fokuserer på hva slags klesstil folk rundt henne har.

## Gradvis eksponering

Mennesker som har utviklet angst, unngår ofte situasjoner der de har hatt anfall. Klienter som plages av depersonalisering og derealisasjon, vil også unngå situasjoner som setter i gang eller øker disse symptomene, som sosiale tilstelninger og bilkjøring. Et godt utgangspunkt i arbeid med dette kan

være å skrive ned en gradert liste over slike situasjoner. Deretter kan man utsette seg for de minst skremmende situasjonene først. Dersom den minst fryktede situasjonen likevel virker overveldende å utføre, kan man spille ut situasjonen i et rollespill med terapeuten eller i fantasien før man gjør det i virkeligheten. Mange klienter vil også ha utviklet trygghetssøkende strategier som de opplever hindrer eskalering av symptomer, som å unngå øyekontakt eller å være taus i sosiale situasjoner. Ofte vil rollespill med og uten disse strategiene avsløre for klienten at han/hun fungerer best uten slike beskyttelsesstrategier, og at de tvert om kan fungere negativt ved å bidra til å rette oppmerksomheten mot det man frykter skal skje.

## Utfordring av katastrofale forestillinger

Kartleggingsverktøy som ABC-skjemaer eller tankedagbøker kan identifisere negative automatiske tanker som oppstår i angstsituasjonene. Disse tankene kan så realitetstestes, og som regel tåler de ikke dagslys. Et verktøy kan være å tegne opp sirkelen på figur 1 for å vise hvordan disse tankene fører til økning av symptomer. Det er essensielt å få tak i så mange fryktede konsekvenser som mulig for deretter å konkretisere dem. Dersom en klient er redd for å bli gal, lager man en liste over hva dette konkret innebærer. Dersom det innebærer frykt for å miste kontroll, undersøker man hva man mister kontroll over: er det sansene, språket eller kroppen? Man kan deretter gå igjennom de verste episodene med depersonalisering for å teste om de fryktede konsekvensene ble innfridd. Dette vil ofte virke beroligende og gjøre klienten klar for atferdsekspirerimenter der han/hun utsetter seg for situasjoner og handlinger som tidligere har økt dissosiative symptomer. En annen variant er å indusere dissosiative opplevelser med teknikkene som er beskrevet av Miller og medarbeidere (1994). Mange klienter vil da oppleve seg som aktiv agent for symptomene og lære at de fryktede konsekvensene ikke er reelle. Dette har en klar parallell til behandlingsopplegg for panikkangst, der klientene løper i trapper for å sette i gang hjertepumpa og konstatere at de ikke får hjerteinfarkt.

## Avslutning

Depersonalisering og derealisasjon ble tidligere sett på som sjeldne fenomener, men i dag diagnostiseres de stadig oftere i ICD-10 som et syndrom under angstlidelser (F 48.1). Dette er fenomener som kan være svært plagsomme i seg selv, og som ofte akkompagnerer andre psykiske lidelser (Kihlstrom, 2005). En lindring av primære lidelser som angst og depresjon gjennom kognitiv terapi har vist å også gi en reduksjon i depersonalisering og derealisasjon. Samtidig gir denne spesifikke behandlingen god effekt for mange pasienter med slike problemer, og tiltakene kan godt kombineres med andre former for behandling (Hunter et al., 2005).

## Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.
- Anstorp, T., Bernum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. & Boe, T. U. (1997). Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep – forståelse og betydning for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34, 81–91.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo Gyldendal Akademisk.

- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. I K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems – A practical guide* (ss. 57–96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, D. Hope, M. Liebowitz & F. Schneider (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (ss. 69–93). New York: Guilford Press.
- DePrince, A. P. & Freyd, J. J. (1999). Dissociative tendencies, attention, and memory. *Psychological Science*, 10, 449–552.
- Farthing, G. W. (1992). *The psychology of consciousness* (ss. 27–28). New Jersey: Prentice Hall.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, 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.
- Hunter, E. C. M., Baker, D., Phillips, M. L., Sierra, M. & David, A. S. (2005). Cognitive-behavior therapy for depersonalisation disorder: An open study. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1121–1130.
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T. Sierra. M. & David, A. S. (2003). DP disorder: A cognitive-behavioral conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1451–1467.
- Hunter, E. C. M., Sierra. M. & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalization and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9–18.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227–53.
- Maldonado, J. R., Butler, L. & Spiegel, D. (2002). Treatments for dissociative disorders. I P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (ss. 463–496). New York: Oxford University Press.
- Miller, P. P., Brown, T. A., DiNardo, P. A. & Barlow, D. H. (1994). The experimental induction of depersonalization and derealization in panic disorder and nonanxious subjects. *Behavior Research Therapy*, 32, 511–519.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. I K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems – A practical guide* (ss. 235–276). Oxford: Oxford University Press.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences («absorption»): A trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.