

Dissosiativ identitetslidelse fra innsiden

Anne Naustvik

erfaringsformidler, kunstner, student, psykiatrisk pasient

Inne på psykologkontoret sitter psykologen og Anne. Sammen med dem er også åtte andre persondeler. I terapien jobber de for å samarbeide godt, ta vare på kroppen og klare å leve best mulig i hverdagen. Ordene «jeg tåler hele deg» har betydd mye.

Mitt navn er Anne og jeg har dissosiativ identitetslidelse, DID, også kalt multipel personlighetsforstyrrelse.

Derfor er jeg også Emma, Lea, Maske-Anne, Lille, Aron, Kamp, Omsorg og Maria. En av mine roller har de siste ti årene vært som psykiatrisk pasient. De siste årene har jeg også vært erfaringsformidler ved Stavanger universitetssjukehus, og opplevelsene som jeg sitter med, vil jeg bruke i denne teksten. Alle med DID har sine ulike symptomer og måter å leve med denne lidelsen på. Det kan være vanskelig å komme med eksempler som vil romme alt. Jeg må derfor ta utgangspunkt i meg selv og min behandling.

Dissosiasjon handler om en tillært ferdighet som utvikler seg som en konsekvens av traumatiske opplevelser. Begrepet «dissosiasjon» er basert på flere år med observasjoner og studier (Boon, 1997; Van der Hart & Boon, 1997; Van der Hart et al., 2006). Dissosiasjon skjer når evnen til å ta til seg opplevelser, følelser og tanker blir forstyrret. Hvis en blir traumatisert i barndom og oppvekst, kan muligheten for å samle og integrere opplevelsene til en hel og sammenhengende livshistorie bli alvorlig svekket (Boon et al., 2014).

Ti års reise i psykiatrien

Jeg startet som pasient i BUP da jeg var fjorten år. Jeg kom dit på grunn av angst, selvskading og symptomer på tvangslidelse. Dette utviklet seg videre i retning av økende selvskading, samt depressive og psykotiske symptomer. Jeg ble utredet for psykose og fikk denne diagnosen da jeg var 16 år. Diagnosen gikk over i en schizoaffektiv lidelse – depressiv type sammen med uspesifisert dissosiativ lidelse. Jeg har vært innlagt en rekke ganger ved voksenpsykiatriske avdelinger, oftest på lukkede poster inne på sykehuset i periodene hvor formen har vært dårligst. Jeg har vært i poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten når jeg ikke har vært innlagt. Det er blitt satt en lang rekke ulike diagnoser av forskjellige behandlere uten en ordentlig utredning de siste åtte årene. I dag er jeg 24 år, jeg har fått diagnosen DID, og jeg får ukentlig poliklinisk behandling hos en svært god psykologspesialist. Det er lenge siden den siste innleggelsen.

Det har vært en lang rekke ulike diagnoser som har kommet fra ulike behandlere uten en ordentlig utredning de siste åtte årene

Det kan være utfordrende å oppdage forskjell på psykose, personlighetsforstyrrelse og DID. Min DID ble ikke oppdaget før etter ti år som pasient. Mot slutten av behandlingen ved Stavanger universitetssjukehus ble jeg fortalt i samtale med sykehuset at de er spesialisert innen psykose, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser, og vil kun behandle meg ut fra denne kunnskapen. De sa at de ikke kunne behandle meg ut fra DID, og at de så at jeg har en kompleks lidelse som de selv ikke har

kompetanse på. Dette er bakgrunnen for at jeg etter ti år valgte å starte hos privatpsykolog. Hun er spesialist på blant annet DID, og jeg har svært god erfaring med henne. Jeg føler meg endelig forstått og gitt tid og rom for *hele* meg. Likevel synes jeg det er leit at spesialisthelsetjenesten i en så stor by forteller at de ikke har noen psykologer tilknyttet sykehuset som har spesialkompetanse innen DID. Jeg skulle ønske at det ble jobbet for å få inn kompetanse også på denne diagnosen. Jeg vet om andre pasienter rundt om i Norge hvor psykologen deres ikke har spesialkompetanse innen feltet fra før, men likevel velger å gå inn for å tilegne seg mer kunnskap. Det står det respekt av.

Fra min egen historie satt jeg med opplevelser som jeg ikke skjønnte hva var for noe. Jeg visste ikke at noen andre kunne ha samme type opplevelser, og jeg trodde ikke at jeg kom til å bli forstått hvis jeg forsøkte å forklare behandlere hva som skjer. Jeg brukte kunsten min for å uttrykke meg. En gang jeg var innlagt på voksenpsykiatrisk avdeling, var det en behandler som plukket opp kunsten min, sammen med at vi hadde samtaler. Han skrev i journalen da jeg var 21 år: «Tror det dreier seg om en veldig sjelden lidelse som er vanskelig å kategorisere formelt. Antar at det dreier seg om kompleks dissosiativ lidelse (...)» Etter dette ble jeg mer usikker, og jeg visste lite om temaet. Jeg fikk spørsmål rundt opplevelser, tanker og følelser, og jeg fikk høre om eksempler på dissosiativ lidelse og hvor jeg deretter skulle fortelle om jeg hadde hatt lignende opplevelser. Vi gikk ikke mer i dybden ved denne innleggelsen, men «uspesifisert dissosiativ lidelse» sto likevel på papiret. I jobben min som erfaringsformidler, i terapien og i en prosess hvor jeg skriver bok, får jeg mer kjennskap til både mine egne deler og teori rundt denne dissosiative lidelsen. Da har jeg kunnet «plassere» opplevelsene mine, slik at jeg selv har fått en større forståelse omkring hva som har skjedd og fremdeles skjer med meg. Det som hjelper best, er når psykologen og jeg sammen kan finne ut av hvordan de ulike delene fungerer, hvilken funksjon de har, hvordan jeg kan romme dem, og hvordan vi som «system» kan *samarbeide* best mulig.

Opplevelsen av å miste tid

I begynnelsen av terapien hos min nye psykologspesialist prøvde jeg å fortelle hvordan en dissosiativ opplevelse føles: Se for deg at du sitter og ser på en film. Den handler om en vanlig dag i livet, og du har sett på den en stund. Plutselig blir bildet uklart, som om det legger seg tåke over skjermen. Kanskje kjenner du at kroppen blir litt nummen, og du får bare delvis med deg hva som skjer. Så letter tåken og du kan se at filmen bare har fortsatt, selv om du ikke har klart å se skjermen tydelig. Deretter faller det plutselig et svart teppe ned foran skjermen. Alt blir mørkt. Men like brått som teppet gikk ned, går teppet opp igjen. Du vet ikke hvor lenge det har vart, og du klarer heller ikke å skjønne hva som har skjedd i filmen mens teppet dekket skjermen. Slik kan det oppleves når jeg, Anne, dissosierer og en annen av delene mine kommer frem. En hullete film, en hullete hverdag. Du blir som en detektiv i eget liv for å finne ut hva du har gått glipp av. De ulike delene i meg deler samme kropp, men de bærer ulike minner, ferdigheter og til dels ulik atferd. Prosesser med å avvise eller tilegne seg erfaringer skjer parallelt med hverandre. Dette betyr at en del av en selv tilegner seg erfaringen av en opplevelse, mens en annen del ikke gjør det.

Det som hjelper best, er når psykologen og jeg sammen kan finne ut av hvordan de ulike delene fungerer

Strukturell dissosiasjonsteori, hukommelsestap og «skifter»

Jeg husker svært lite når delen «Lille» har vært fremme. Derfor vil jeg komme med et eksempel på hvordan det *kanskje har forløpt* når Lille har «skiftet» til en annen del av meg. Denne delen er en som heter «Maske- Anne». Hun er den av oss som er strukturert og blant annet ordner avtaler. Delen min «Lille» er ofte er redd og trist. Derfor er disse nevnt i eksempelet:

Maske-Anne: Beklager at jeg kommer litt for sent. Jeg pleier alltid å holde styr på avtaler og slikt.

Psykolog: Det går helt fint. Gikk reisen hit fint? Tok du buss eller taxi denne gang?

Maske-Anne: Jeg husker jeg bestilte taxi, men så var jeg plutselig bare her på venterommet ...

Psykolog: Å? Vet du hvem av dere som var der i taxien?

Maske-Anne: Nei ... Kanskje Lille, for jeg gråt da jeg fant meg selv sittende på venterommet.

Slik får psykologen informasjon om hukommelsestap og at det har skjedd et «skifte» mellom to deler. Da kan psykologen velge å undersøke nærmere om den delen av meg som snakker, er klar over hvilken del som har hjulpet meg slik at jeg klarte å komme meg til samtalen. Eksempelet under er derfor noe som *kan* beskrive hvordan en psykolog *kan* møte og utforske hvem persondelene til en pasient er. Jeg kommer med eksempel ut fra informasjon jeg, Anne, nå har om Lille:

Lille: (Tar opp den blå fargestiften og sier) «Dette er min farge!»

Psykolog: Å, du vil tegne litt?

(Psykologen vet fra før at Annes favorittfarge er grønn.)

Psykolog: Hva heter du?

Lille: Jeg heter Lille ... Hva heter du egentlig?

(Psykologen kan respondere med å fortelle litt om seg selv for å gjøre det tryggere for Lille som har «kommet frem» og er til stede i terapirommet.)

Lille: Jeg tror kanskje jeg er fem år, hvor mange år er du?

(Psykologen kan utforske dette litt mer for å forsøke å bli mer kjent med Lille, begynne å finne litt ut av når han kom inn i Annes liv, hva han er opptatt av, og hva som gjør at han er blitt avspaltet som en egen del.)

Modellen for strukturell dissosiasjon er et forsøk på å organisere forståelsen av traumer og dissosiasjon på grunnlag av en integrasjon av klassisk og moderne traumeteori (se van der Hart et al., 2004, 2006 og Nijenhuis et al., 2006). Ut fra denne teorien kommer begrepene ANP (Apparently normal personality) og EP (emotional personality). Fra forklaringen om tertiær dissosiasjon vet en at en person med DID kan ha flere ANP-er og flere EP-er. Dette kommer også frem i mitt liv:

EP: Lille, Kamp, Emma, Maria og Aron

ANP: Anne, Maske-Anne, Omsorg og Lea

Tillit og uttrykk

Dette er for meg en god måte å bygge tillit til «Lille» på. Å være åpen, nysgjerrig og utforskende i dialogen er viktig. Etter at psykologen har blitt klar over hvilken alder delen selv tror den er, bør behandler være klar over at denne barnedelen kanskje lever i «barnetid». En slik «barnedel» vil sannsynligvis trenge en annen form for tilnærming enn hva de voksne delene av meg gjør. I min situasjon har psykologen og jeg funnet ut at vi skal ha tegnesaker tilgjengelig, for vi vet at de ulike delene mine liker å tegne. Dette gjør at delen «Lille» kan få kommunisert bedre i samtaler hvor det kan være utfordrende å finne ord for det som er vanskelig. Det vil også være viktig at psykologen er klar over at denne «splittingen» til en «barnedel» har sin grunn, og sannsynligvis bærer denne barnedelen på traumatiske minner. Da må man trå varsomt og gi barnedelen tid og mulighet til å fortelle på sin måte. Etter hvert i terapien ble psykologen og jeg enige om å ha en felles tegne- og skrivebok for alle delene. Der limer jeg inn tegninger jeg har laget mellom terapitimene, men psykologen legger også frem boken i samtalene sånn at vi (jeg og de andre delene) kan tegne i selve timene. Psykologen sier det er hjelpsomt for å forstå, og hun kan bruke den som en del av journalen.

Trygg støttespiller

Noe av det viktigste i behandlingen er at psykologen prøver å bli kjent med hele meg, med alle delene

Når delene har lært at psykologen er en trygg støttespiller, er de åpne for å snakke med henne. I slutten av terapitimene pleier psykologen og jeg å oppsummere kort hva som er blitt snakket om i timen. Da får jeg for eksempel vite av psykologen at «I dag har jeg fått snakket med Emma, Kamp og deg». Det har jeg lært meg å akseptere. Jeg vet at psykologen er trygg for meg og de andre delene. Derfor stoler jeg på at også de blir godt ivaretatt. Noe av det viktigste i behandlingen er at psykologen prøver å bli kjent med *hele* meg, med alle delene. At psykologen utforsker årsakene til at hver enkelt del «finnes», deres sterke sider og hvilken funksjon den enkelte del har i livet mitt. I samtalene «skifter» kroppen gjerne fra å være voksne «Anne» til å være «Lille» på fem år, psykotiske «Kamp», perfektjonistiske «Lea», den tolvårige «Emma», ansvarlige «Maske-Anne» eller noen av de andre. De ulike delene er også ganske forskjellige; for eksempel kan de være høyre- eller venstrehendt, hver av dem kan tegne og skrive ulikt og kanskje bruke forskjellige ord når de beskriver ting. Det kan også være at de ulike delene har sine egne «følelsesmønstre», hvor en del, som «Aron», oftest er sint og irritert, mens de to

små, «Emma» og «Lille», ofte er triste og redde. Når det skjer slike «skifter» mellom ulike persondeler hos en pasient med DID, er det viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er særlig utpregede «skifter» med store endringer, slik det gjerne fremstilles på film. Det *kan* være utfordrende å skille delene, men jeg tenker det er viktig at en i terapi blir klar over hva de ulike delene representerer, hvorfor delene eksisterer, og finne ut hvordan en kan romme og forstå de ulike delene.

Et eksempel fra hvordan en slik samtale *kan* ha forløpt mellom psykologen, Emma og Anne:

Psykologen: Er du her med meg, Anne?

Anne: Ja, jeg er her ... Å, det var kjekt å se deg igjen!

Psykologen: Det er kjekt å se deg også, Anne. Det høres ut som du har hatt det vanskelig den siste tiden?

Anne: Hvordan vet du det?

Psykologen: Jeg har fått snakket med Emma ... Hun har fortalt om hvordan dere har det for tiden, og hva som har skjedd.

Psykologen aksepterer delen, viser at hun vil bli kjent med den og gir tid til samtale. Jeg blir litt redd av dette, men samtidig er det en trygg følelse. Jeg vet nå at psykologen *ser* Emma. Altså en del jeg ikke har helt «kontakt med». Det er greit å være klar over at for noen med DID kan en oppleve å ha indre dialog mellom ulike deler. Slik kan jeg av og til vite ting om de andre. Det er viktig for meg at psykologen vier tid til alle delene, viser aksept og at hun tror på meg.

Psykologens dialog med to deler

En situasjon som kan skje i terapien, er at psykologen vil snakke med en spesifikk persondel. Nok en samtale *kan ha forløpt slik* i en konsultasjon med Aron, psykologen og Anne:

Aron: (forteller om ting i helgen)

Psykologen: Takk for at du forteller meg om dette, Aron. Det var fint å snakke med deg. Men nå vil jeg gjerne snakke med Anne. Går det greit? Kan Anne komme frem og være her med meg?

Aron: ...

Psykologen: Er det Anne som er her nå? Anne, er du her?

Anne: Ja, jeg er her, jeg.

Psykologen: Aron virker sint og forteller at han skadet kroppen i helgen? Kjenner du til det?

Anne: Ja, jeg ser jo at det er sår på huden nå, men jeg husker det ikke helt. Jeg ble redd og skuffet da jeg så at han hadde gjort det. *Jeg vil ikke skade meg!* Men jeg klarer ikke stoppe ham.

Psykologen: Jeg skjønner det. Vi må få til å samarbeide bedre med Aron og få ham til å slutte å skade kroppen.

Anne: Ja, jeg er enig. Men hvordan gjør vi det?

Psykologen: Jeg vil gjerne snakke litt mer med Aron, kan jeg det? Kan Aron komme frem?

Myter og holdninger omkring DID

Du har kanskje hørt om den myten at behandlere «former» sin egen DID-pasient? At behandler utformer persondeler og nærmest «oppfordrer» til å fortelle om dissosiative symptomer? Dette er nok en av grunnene til at noen behandlere er engstelige for å gå inn på temaet DID. Samtidig kan noen være opptatt av at «nesten ingen pasienter har DID, derfor kan ikke min pasient være *den ene*» eller «jeg tror ikke DID er en *ekte* lidelse». Dette lager sperrer for både pasienten og psykologen. Et tenkt dilemma kan være hvis psykologen begynner med psykoedukasjon om DID før pasienten har rapportert eller vist noen som helst form for dissosiative symptomer i retning av en DID-diagnose. Da kan dette i teorien underbygge myten om at behandler er med på å «forme» pasienten – fordi en pasient har gjerne tanker omkring «Dette må gjelde meg? Psykologen min pleier jo å ha rett?». Dette er dilemmaer som stadig blir tatt opp i samtaler jeg har vært med på rundt DID.

«Traumelidelse» og riktig diagnose

Det er verdt å merke seg at DID er en kjent traumelidelse. Pasienten kan ha opplevd traumer over tid og som med meg, hvor jeg har opplevd gjentakende traumer gjennom livet, har dette påvirket oppsplittingen av nye deler. Jeg er blitt møtt av helsepersonell som sier: «du unnviker så mye, det må være unnvikende personlighetsforstyrrelse», «du må slutte å late som», «du har hallusinasjoner, det må være psykose», «du svinger sånn i humøret, det må være emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller schizoaffektiv lidelse.» I dag vet jeg at symptomer som unnvikelse, hukommelsesvansker, endret atferd sett ut fra indre og ytre situasjon, hallusinasjoner og humørsvingninger samlet sett kan være en del av DID. Jeg tenker at psykiatrien møtte meg uten å «se hele bildet» av min historie og de samlede symptomene. Kanskje visste de ikke bedre. For DID kan være vanskelig å oppdage, og for noen er det vanskelig å tro på. Tall viser at det er litt over én prosent av befolkningen som opplever DID (Howell, 2011; Loewenstein, 1989).

En diagnose i dagens psykiatri får stor betydning for hvordan man blir behandlet, medisinert og omtalt; det kan bli som en slags «merkelapp». Diagnoser er «ferskvare» og bør endres deretter. Vi er alle i stadig endring. Pasienter er i behandling for å bli bedre og mestre livet best mulig. Det er to ledd i samtalebehandling, både kliniker og pasient. Begge er spesialister, én på sitt fag og den andre på seg selv. I god behandling samarbeider disse godt. I dagens psykiatri virker det som at en riktig diagnose er blitt avgjørende for behandlingen. Derfor er det viktig at DID-pasienter blir oppdaget, og dessverre har man sett at pasienter med DID ofte bruker mellom fem og nesten tolv år i psykiatrien før de får korrekt diagnose (Howell, 2011).

Å forstå psykotiske symptomer innen DID

Det er kjent at klinikere debatterer skillet mellom psykose og dissosiasjon. Noen som har DID, opplever for eksempel syns- og hørselshallusinasjoner. Samtidig med dette kan en se noe som minner om ulike kroppslige sykdomstilstander: lammelse, stumhet, blindhet med mer. Ulike former for traumatisering kan føre til en form for psykoselignende personlighetsforandringer hos personen (Cullberg, 2009). En spesiell utfordring jeg har opplevd i møte med helsepersonell, er når delen «Kamp» har kommet frem, siden han var psykotisk. Da har jeg ofte blitt møtt med å ikke bli forstått

eller trodd på psykosesyntomene. Dette kjennes svært sårende, avvisende og dømmende. Min nye psykologspesialist fortalte derimot at «det er fullt mulig å ha en psykotisk persondel». Jeg ble glad og lettet, endelig var det noen som forsto. Poenget er at en pasient kan ha psykotiske symptomer, uten å være fullt ut psykotisk til enhver tid. Og som med meg med DID: Jeg kan være psykotisk om morgenen, men være uten psykotiske symptomer samme kveld. Min erfaring er at svært få av helsepersonell har forstått dette. Kanskje er det sjelden eller uforståelig? Men det er likevel virkelig, og det er viktig å være klar over dette.

Avslutningsvis vil jeg fortelle at det aller viktigste for meg i behandlingen er å ha fått til et godt samarbeid med psykologen – sammen med alle delene mine. Psykologen kjennes som en trygg person, med omsorg, og som gir hjelp og støtte til *alle* i meg. Psykologen har sagt noe som har festet seg spesielt hos meg: «Jeg tåler *hele* deg. Her er det plass til dere alle, og vi skal klare dette sammen.» Det har gjort meg trygg.

Referanser

- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10(2), 065–079.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2014). *Traumerelatert dissosiasjon – ferdighetstrening for pasienter og terapeuter* (Modum Bad, overs.). Modum Bad. (Opprinnelig utgitt 2011)
- Cullberg, J. (2009). *Psykososer – et integrert perspektiv* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Howell, E. F. (2011). *Relational Perspectives Book Series: Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder – A relational Approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203888261>
- Loewenstein, R. J. (1989). Multiple Personality Disorder: A Continuing Challenge. *Psychiatry Review*, 2.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumerelatert dissosiasjon av personligheten: Teoretisk forståelse og begrepsforklaring. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget.
- Van der Hart, O. & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 157–165.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. & Brown, D. (2004). Traumarelated dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 906–914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006) *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.

Background: Clinical practice and recent research indicate that dissociative symptoms and disorders are left unidentified and undiagnosed by health professionals. Based on a clinical case from our work setting, this article describes relevant literature regarding dissociation and dissociative disorders to add to the knowledge of the theoretical and phenomenological features of complex dissociative disorders. Further, we describe differential diagnostic challenges that may arise in clinical practice.

Methods: Both systematic and non-systematic literature searches were performed.

Findings: Recent research shows the Trauma model to be central to understanding dissociative disorders. Symptoms can be mistaken for cognitive difficulties, oppositional issues or other somatic symptoms. Quantitative measures, systematic observations and clinical evaluations are fundamental for identifying dissociative symptoms and disorders.

Implications: There is potential for identifying and evaluating dissociative symptoms at an earlier stage. Interdisciplinary and differential diagnostic evaluations are crucial to provide adequate understanding, assessment, and treatment of these patients.

Keywords: Dissociative identity disorder, dissociation, somnambulism, biopsychosocial framework, clinical practice