

# Dissosiativ identitetsforstyrrelse i utredning av barn og ungdom: Teori og kliniske utfordringer

PSY  
KOL  
OGI

TEKST

Linn Breen Herner

Stein Førde

Ingrid B. Helland

Stine Knudsen-Heier

Trond H. Diseth

PUBLISERT 2. august 2021

DOI <https://doi.org/10.52734/479NhF9g>

ABSTRACT:

**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:** The authors work in specialized health care and have extensive clinical expertise in complex dissociative symptomatology in children. 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

---

**Merknad:** forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

**Fagfelleurdert artikkel.**

EMNER

Dissosiativ identitetsforstyrrelse

Dissosiasjon

parasomni

biopsykososial tilnærming

klinisk praksis

---

Barne- og ungdomsklinikken på Oslo universitetssykehus Rikshospitalet (OUS-RH) utreder barn og unge med sammensatte og uavklarte somatiske symptomtilstander hvor man ikke kan finne én fysisk årsak til symptomene. Utredningene er tverrfaglige og gjennomføres i samarbeid mellom Barnenevrologisk seksjon, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus og andre fagpersoner fra saksaktuelle spesialiteter. Peter, 15 år, ble henvist til en second opinionutredning med grunnlag i svak behandlingsrespons på tidligere oppfølging. Lokal BUP hadde fulgt opp Peter over tid på grunn av en sammensatt problematikk som inkluderte søvnforstyrrelser og utagerende atferd på kveld og natt i nær relasjon til søvn. Den utagerende atferden kunne også opptre på dagtid. Ambulant og poliklinisk oppfølging hadde gitt begrenset effekt, og man ble stadig mer usikker på mulige underliggende årsaker. I den tverrfaglige utredningen konkluderte man etter hvert med at *kompleks dissosiasjon* stod sentralt for forståelsen av problemet, en forståelse som vendte opp ned på videre tilnærming og behandling av Peter. Et bredt tverrfaglig samarbeid var avgjørende for en adekvat vurdering av guttens parasomni og parasomniens betydning for det totale symptombildet. Saken aktualiserte en gjennomgang av litteratur om dissosiasjon, dissociative lidelser og spesielt dissociativ identitetsforstyrrelse.

Flere fagmiljøer har uttrykt bekymring for at dissociative symptomer ikke beskrives eller diagnostiseres i tilstrekkelig grad (Diseth, 2005; Loewenstein, 2018; Reinders & Veltman, 2020), en bekymring vi deler basert på klinisk erfaring. Kasuistikken illustrerer at svak kartlegging og diagnostikk kan føre til forverring av symptomer og økt lidelsestrykk. Tverrfaglige og differensialdiagnostiske vurderinger er sentrale ved spørsmål om hvorvidt somatiske forhold, som søvn sykdom (parasomni) og epilepsi, delvis eller fullt ut kan forklare symptomene. I denne artikkelen vil vi løfte frem relevant litteratur om dissosiasjon og dissociative lidelser for å fremme bevissthet om symptomatologien og gi økt forståelse av lidelsene. Videre viser vi hvordan parasomni kan virke inn i et symptombylde. Begreper, forståelse og implikasjoner for praksis belyses gjennom kasuistikken om Peter (P).

P hadde hatt kontakt med BUP fra førskolealder på grunn av et sammensatt symptombylde med bevegelsesforstyrrelser, oppmerksomhetsvansker, utagering og parasomni i form av søvngjengeri. Det hadde vært enkelthendelser med alvorlig utagerende atferd der P utsatte andre personer for fare. En gang fjernet han sikkerhetsnettet under et høyt lekestativ på en lekeplass, noe som resulterte i en fallskade neste dag.

Han gav familiens katt mat den ikke tålte slik at den ble syk, og man fant ødelagte bremses på familiens sparkesykkel. Atferden skilte seg fullstendig fra P sin øvrige fremtreden og verdigrunnlag. Tilfellene hadde hovedsakelig inntruffet på kvelden eller om natten, og enkelte ganger på dagtid, hvor man var usikker på om han hadde sovet rett før hendelsen. P hadde ingen minner om det inntrufne. Foreldrene var opptatt av å få en grundig revurdering av søvnforstyrrelsen og medikasjonen. De var usikre på grensesetting og opplevde situasjonen som svært vanskelig å håndtere. Felles for

pasient, foreldre og deler av det lokale behandlingsapparatet var: Vi forstår det ikke, dette henger ikke sammen.

## Metode

Det ble gjennomført systematiske og usystematiske søk i databasene MEDLINE, PubMed, PsycINFO og UpToDate. Søkeordene Dissociative Identity Disorder, Multiple Personality Disorder, sleep disorder og somnambulism ble brukt alene og i kombinasjon. Siste søk var oktober 2020. Førsteforfatter vurderte treff og leste gjennom relevante abstrakter. I tillegg til databasesøkene ble aktuelle artikler og lærebøker fra fagmiljøet inkludert. Referanselister til sentrale artikler ble også gjennomgått. Prosessen med litteratursøk resulterte i et stort volum tekster, omtrent 65 artikler og fem lærebøker. Særlig 32 tekster dannet kunnskapsgrunnlaget for det videre kliniske arbeidet i saken. Tekstene som ble valgt ut, ble vurdert som særlig faglig relevante for saken. De spesifikke arbeidene er sitert i artikkelen.

Forfatterne var del av det tverrfaglige teamet som fulgte pasienten under utredning og videre veiledning av lokale tjenester. Kasusbeskrivelsen er basert på informasjon om saken fra tverrfaglig utredning, oppfølging og veiledning over 12 måneder, i tillegg til journalnotater som dokumenterer fremgangsmåte og bakgrunn for de diagnostiske vurderingene. Kasuset er grundig anonymisert slik at det ikke skal kunne gjenkjennes. Familien har lest kasuistikken og har gitt informert og skriftlig samtykke til publikasjon.

## Dissosiasjon

Dissosiasjon refererer til det å spalte av inntrykk som er for vanskelige eller overveldende til at de kan integreres og lagres som en hel opplevelse i bevisstheten og hukommelsen. Erfaringer som ellers ville henge sammen, er skilt fra hverandre i delhukommelser (Diseth, 2005). Dissosiasjon defineres som brudd i ellers integrerte kognitive prosesser som bevissthet, hukommelse, identitet og persepsjon (APA, 2013).

Koblingen mellom traumatiske erfaringer og utvikling av dissosiasjon underbygges av flere studier (se f.eks. Dalenberg et al., 2012). Ifølge *Traumemodellen* (van der Hart et al., 2006) er dissosiasjon en psykologisk forsvarsmekanisme som beskytter og hjelper individet til å håndtere traumatiske eller overveldende hendelser (van der Hart et al., 2006; Loewenstein, 2018). Inntrykk fra traumet deles opp gjennom aktivering av ulike bevissthetstilstander, noe som modererer påvirkningen av traumet. Traumets fulle betydning blir adskilt fra personens vanlige bevissthet (Loewenstein, 2018).

I ICD-10 kategoriseres dissosiative symptomer under gruppen stress- og traumerelaterte lidelser F44.0–F44.9. Symptomene er klassifisert som *psykoforme* eller *somatoforme (konversjon)*. Psykoforme omfatter blant annet dissosiativ amnesi, fugue og transe. Somatoforme refererer til forstyrrelser av motorisk fungering, slik som lammelser, kramper, sanseutfall og kraftnedsettelse. Blandet dissosiativ forstyrrelse inkluderer symptomer på både psykoform og somatoform dissosiasjon (Diseth &

Christie, 2005). Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) omfatter forekomst av to eller flere distinkte personlighetstilstander, med tilbakevendende bortfall av hukommelse for hendelser og opplevelser, viktig personlig informasjon og/eller traumatiske hendelser. Amnesien skiller seg fra vanlig glemsel og skyldes ikke bruk av rusmidler eller medisiner (APA, 2013).

Dissosiasjon defineres og brukes forskjellig av ulike forskergrupper og fagmiljøer (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Det er vanlig å klassifisere dissosiasjon dimensjonelt langs et kontinuum, fra dissosiasjon som ledd i normalfungering til patologisk dissosiasjon. Eksempel på førstnevnte kan være dagdrømming, mens derealisasjon, depersonalisasjon og DID er av alvorlig, patologisk karakter (Diseth, 2005). Nijenhuis og van der Hart (2011) argumenterer for en mer avgrenset definisjon av dissosiasjon, som ekskluderer dissosiasjon som del av normalfungering.

Dagens diagnosesystemer inkluderer både spektrumsforståelsen, der DID ses som ytterpunktet av patologisk dissosiasjon, og en forståelse av DID som et uttrykk for deling av personligheten i dissosierte deler. Det er denne definisjonen vi forholder oss til som klinikere, og som vi refererer til her.

### **Ulike dissosiative fenomener**

Fragmentering av bevisstheten er en del av menneskets natur (Stout, 2001). På et spektrum av tilstander kan man bevege seg fra normalfungerende fragmentering til økende grad av frakobling og veksling mellom ulike bevissthetstilstander. Vekslingen kan være ledd i annen psykopatologi eller ledd i en dissosiativ lidelse. Fenomenene omfatter blant annet *kortvarig fjernhet*, en ut-av-kroppen-opplevelse med avbrutt tidsopplevelse, og *vanemessige dissosiative reaksjoner* der personen kan synes å ignorere andre og unngå emosjonelle temaer. Det er dissosiasjon fra emosjonelle tilstander der man kan føle lite når man burde ha følt mye, og dissosiasjon fra vanskelige følelser eksemplifisert ved uttalelser som «jeg blir aldri sint». *Forstyrrelse av dissosiert egotilstand* innebærer at personen midlertidig blir påvirket av følelser som oppleves å tilhøre en annen personlighet, en som ofte er sint, beskyttende og klandrende. Her beskrives en veksling, ofte etterfulgt av en undring over hvorfor man plutselig ble så sint på noe eller noen. *Demifugue* er en generell frakobling fra seg selv og andre, som kan oppleves som enten frustrerende eller trygt. *Fugue* innebærer en periode med total black-out. I denne tilstanden kan personen agere som normalt, men husker ikke hva som har skjedd i ettertid. Selvbevisstheten antas å være frakoblet, mens visse intellektuelle funksjoner er igjen. Sett utenfra synes personen å fungere normalt (Stout, 2001).

P fremsto som en vennlig og høflig gutt. Foreldrene beskrev ham som hjelpsom, omsorgsfull, snill, kreativ og initiativrik. Han hadde venner, men kunne lett havne i konflikter. Skolemessig hadde P gode ressurser, men viste vekslende motivasjon og evne til å fokusere. Han hadde spilt håndball, piano og fiolin. P var fokusert, fikk med seg spørsmål og svarte adekvat i intervju- og testsituasjoner. I mindre strukturerte situasjoner fremsto han oftere som

frakoblet. I familiesamtaler der man kom inn på hendelser hvor han hadde hatt utagerende atferd, fremsto han som fjern og til dels emosjonelt upåvirket. Han hadde få ord for å beskrive hvordan han opplevde sin situasjon. Andres reaksjoner på tilfellene av voldshandlinger gjorde ham forvirret og sint.

## **Dissosiativ identitetsforstyrrelse**

DID regnes som den mest komplekse av de dissosiative forstyrrelsene (Schlumpf et al., 2013), og relateres til tidlige og gjentatte barndomstraumer (Dalenberg et al., 2012; Diseth, 2005; van der Hart et al., 2006). Epidemiologiske studier indikerer at prevalensen av DID er mellom 1,1 og 3,5 % i den generelle befolkningen (Loewenstein, 2018). Det er vanskelig å fastslå forekomsten siden DID kan ligge under mer åpenbare vansker som rusmiddelmissbruk, depresjon eller suicidalitet. Tilstandens fenomenologi er også en faktor. Fullstendig eller delvis amnesi for hendelser og begrenset bevissthet om vanskene kan gjøre symptomene usynlige for personen selv. Personer med dissosiativ lidelse søker sjelden behandling eller terapi ut fra tilstanden alene (Urbina et al., 2017).

Til tross for at DID har vært anerkjent av diagnosemanualene DSM og ICD siden 1980- og 90-årene, er det kontroverser knyttet til diagnosen (Reinders & Veltman, 2020). Skeptikere mener at symptomer som er forenlige med DID, kan simuleres av friske personer, og at diagnosen kan brukes som alibi for ulovlige eller kriminelle handlinger (Loewenstein, 2018). I kontrast til Traumemodellen (van der Hart et al., 2006) postulerer *The Fantasy Model* (Loftus, 1993) at DID er et resultat av at spesielt sårbare personer har fått traumene nærmest plantet av terapeuten gjennom psykoterapi som falske minner. Man tenker seg at terapeuten har brukt for eksempel hypnose for å hente frem og bearbeide falske traumeminner, som siden beskrives som pasientens egne originale minner.

Nevrostrukturelt har man sett en negativ korrelasjon mellom grad av traumer i barndommen og størrelsen på hippocampus (Chalavi et al., 2015), funn som støtter Traumemodellen. I teorien om traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten (Nijenhuis et al., 2002) forstås DID som en alvorlig og kompleks form for posttraumatisk stresslidelse. Personligheten sees som et system av dissosierte deler med to eller flere personligheter med et førstepersonsperspektiv. Systemet er inndelt i to hovedtyper: tilsynelatende normale deler, eller *Apparently Normal Parts (ANP)*, og emosjonelle deler, *Emotional Parts (EP)*. ANP-er har som hovedmål å ivareta dagligdags fungering, mens EP-er er aktivert av et forsvar mot tidligere opplevde traumer. Meningen til en gitt stimulus påvirkes av hvilken tilstand og hvilket subsystem av personligheten som er dominerende for personen. I en ANP-tilstand har personen delvis eller fullstendig amnesi for de traumatiske erfaringene, og en mental og følelsesmessig avstand til traumatiske stimuli eller påminnere. Teorien postulerer at EP-tilstander kan omfatte ulike prototyper av reaksjoner. I noen EP-tilstander vil personen vise sterke emosjonelle reaksjoner på traumerelaterte stimuli, mens andre

EP-tilstander karakteriseres av emosjonell og kroppslig nummenhet (Nijenhuis & van der Hart, 2011; van der Hart et al., 2006).

Forskergrupper har brukt bildediagnostiske teknikker for å kartlegge nevralt aktivisering hos personer med DID når ulike subtyper av personligheten er aktivert. I en fMRI-studie undersøkte Schlumpf et al. (2013) om en kan differensiere hjerneaktivitet hos DID-pasienter fra friske personer som simulerer EP. Begge gruppene ble presentert for bilder av henholdsvis *maskerte* sinte og nøytrale ansiktsuttrykk. Maskert betyr at visuell stimuli presenteres slik at personen ikke bevisst kan registrere det de har sett. Den nevralt aktiviteten for de ubevisste reaksjonene på ansiktsuttrykkene ble målt. DID-pasienter reagerte sterkere på maskerte nøytrale ansikter i EP-tilstand enn i ANP-tilstand. DID-pasienter i ANP-tilstand hadde en redusert nevralt aktivisering både for maskerte nøytrale og sinte ansikter. Kontrollgruppen var ikke i stand til å simulere hverken ANP eller EP, som målt ved fysiske, følelsesmessige og atferdsmessige parametere. I en PET-studie (Reinders et al., 2006) fikk DID-pasienter lytte til enten et nøytralt eller traumerelatert skript. DID-pasienter i EP-tilstand var hyperaktiverte, mens DID-pasienter i ANP-tilstand var underaktiverte. De to studiene illustrerer hvordan ubevisste reaksjoner på opplevd trussel eller traumepåminnere viser seg i aktivisering av ulike nevralt nettverk.

### **Dissosiasjon og søvnsykdommer**

En av de vanligste søvnsykdommene blant barn er non-rapid eye movement (non-REM) parasomnier som søvngjengeri eller ufullstendig oppvåkning med forvirring. Forekomsten av parasomnier i barnepopulasjonen er 17 %, og kun 2 % blant ungdom (Mason & Pack, 2007). Det er sammenheng mellom parasomnier og dissosiasjon, som begge er karakterisert ved avvik i forholdet mellom handling og bevissthet. Man antar at det er et gjensidig påvirkningsforhold. Dissosiative symptomer kan forverre søvnsykdommer, og søvnsykdommer representerer en sårbarhet for å opprettholde dissosiativ symptomatologi (Koffel & Watson, 2009). Personer med DID har økt forekomst av både mareritt og søvngjengeri (van der Kloet et al., 2012). Koblingen mellom parasomnier og dissosiasjon kan ytterligere forsterkes av annen psykopatologi. Det anbefales å inkludere søvnhygiene som ledd i behandling av personer med DID fordi det kan redusere dissosiative symptomer (Koffel & Watson, 2009; van der Kloet et al., 2012).

Dissosiasjon kan forekomme i våken tilstand og under søvn. Som på dagtid kan dissosiasjon om natten inkludere en veksling til en annen tilstand eller personlighet (Agargun et al., 2001). En tverrfaglig og differensialdiagnostisk utredning er helt sentral ved spørsmål om hvorvidt atferd under søvn er et uttrykk for dissosiasjon eller en non-REM parasomni som søvngjengeri, eller en kombinasjon. Søvngjengeri tilhører gruppen av non-REM parasomnier hvor man klinisk kun er delvis våknet fra en sovende tilstand. Non-REM parasomnier er oftest enkle, ikke-stereotype handlinger. De kan også være mer komplekse og forårsake skader under søvn, som da ofte tilskrives atferd som kommer av reaksjoner på umiddelbare sanseintrykk (Irfan et al., 2017; Zadra et al.,

2013). Utagering i forbindelse med søvngjengeri er relativt uvanlig (Stallman & Bari, 2017). Komplekse og langvarige utagerende episoder åpner derfor for vurdering av andre årsaksfaktorer enn non-REM parasomnier, inkludert kompleks dissosiasjon på nattetid. Et tverrfaglig team må inn og vurdere om det dreier seg om en parasomni som skal behandles, eller om det foreligger en dissosiativ lidelse som må behandles først eller parallelt.

### **En biopsykososial tilnærming**

Den biopsykososiale sykdomsmodellen (Engel, 1977) understreker hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan ha betydning for utvikling og opprettholdelse av sykdom eller et symptombylde. Det er sammenheng mellom traumatiske erfaringer i barndommen og utvikling av langvarige helseplager (Chartier et al., 2010). Videre kan summen av flere belastninger, heller enn enkeltstående hendelser, forklare utvikling av sammensatte, stressrelaterte tilstander (You et al., 2019). I saker med sammensatte symptombylder er den biopsykososiale sykdomsmodellen et viktig grunnlag for utredning (Helgeland & Gjems, 2020; Schaefer et al., 2012). Målet er å skape en felles forståelse av hvordan samspillet mellom somatiske, psykologiske og sosiale faktorer kan ha vært predisponerende, utløsende og opprettholdende for et gitt symptombylde over tid. Man vektlegger betydningen av de fysiske symptomene som ankerpunkt gjennom utredningen, uavhengig av kartlagte psykososiale belastninger (Schaefer et al., 2012). Et slikt utgangspunkt betoner en grundig somatisk utredning av symptomene, i dette tilfellet Peters søvnsykdom og epilepsi. Dette er særlig sentralt for å skape en allianse og motivasjon for å se på psykologiske og sosiale faktorer som også kan påvirke funksjonen hos barnet eller ungdommen (Kozłowska, 2016).

### **Differensialdiagnostikk og terapeutisk formulering**

P utviklet seg som forventet de første leveårene. Fra førskolealder var det episoder med fjernhet og vansker med oppmerksomhet og språklig formulering. Foreldrene ble skilt da P var seks år, og han bodde siden vekselvis hos mor og far. Han kunne ikke beskrive erfaringer eller konkrete minner fra barneårene. Foreldrene hadde også vansker med å tidfeste hendelser fra Ps barndom. Både P og foreldrene hadde få ord for belastninger og følelser. P hadde residiverende luftveisinfeksjoner fra to års alder. I forbindelse med en mindre operasjon da han var fem år, ble han beskrevet som livredd og med sterke protester, trolig etter erfaringer fra et lignende inngrep året før. Helsepersonell hadde løftet ham vekk fra foreldrenes fang og holdt ham fast for innledning til narkose. P våknet etter operasjonen med betydelige bevegelsesforstyrrelser, som ble tolket som tics. Disse ble ikke satt i tilknytning til redselsreaksjonen på narkoseprosedyren før operasjonen. Bevegelsesforstyrrelsene vedvarte, og etter et år fikk P diagnosen Tourettes syndrom.

Den biopsykososiale kartleggingen hos oss indikerte at det forelå en nevrobiologisk sårbarhet, uttrykt gjennom Ps tendens til fjernhet, oppmerksomhetsvansker og urolig søvn fra tidlige barneår. Bevegelsesforstyrrelsene som tilkom etter operasjonen ved femårsalderen, ble revurdert av psykolog, barnepsykiater og barnenevrolog ved gjennomgang av gamle filmopptak. Bevegelsesforstyrrelsene ble nå vurdert som forenlige med dissosiativ motorisk forstyrrelse og ikke tics. Det vesentlige spørsmålet var om de aktuelle symptomene primært kunne forklares av parasomnien og/eller andre forstyrrelser i nervesystemet. Det ble derfor i tillegg til vanlig somatisk undersøkelse gjennomført en polysomnografi med videoovervåkning for å vurdere forekomst av epileptogen aktivitet og for å se om det forelå parasomni.

Basert på en tverrfaglig gjennomgang og drøfting av utredningsresultatene ble konklusjonen at P siden tidlig barndom hadde hatt episoder av non-REM parasomni som var forenlig med søvngjengeri. Parasomnien ble likevel ikke ansett som en betingelse for hele symptombildet. Bremsene på familiens sparkesykkel ble med stor sannsynlighet ødelagt under eller i nær tilknytning til søvn, en handling som ble vurdert å ha hatt et motiv som gikk forut for umiddelbare sanseopplevelser. Episoden da P ga familiens katt mat den ikke tålte, var en handling utført i våken tilstand. Det kliniske bildet som indikerte dissosiasjon, åpnet for en vurdering av hvorvidt generell anamnese og symptomutvikling var forenlig med en diagnose innenfor dissosiasjonsspekteret.

P opplevde forvirring og tvil knyttet til hendelser han var usikker på om han hadde opplevd. Klinisk så man fjernhet i samtale og ikke-strukturerte situasjoner, noe som skilte seg tydelig fra evnen til å fokusere i en strukturert og definert situasjon. De traumatiske sykehuserfaringene kunne som helt enkeltstående hendelser virke utilstrekkelige som forklaring på et så alvorlig symptombylle, men som gjentatte traumer var de forenlige med utvikling av kompleks dissosiasjon. Sett i lys av at det var sårbarhetsfaktorer og samtidige belastninger, som brudd i foreldrerelasjon, gjentatte kontakter med helsevesenet uten avklart diagnose og behandling samt en opplevelse av å bli misforstått av andre, ble holdepunktet for en diagnose styrket. Da dissosiativ amnesi og fugue ikke ble vurdert som tilstrekkelig som forklaring på Ps symptomer, satte man diagnosen F44.81 Dissosiativ identitetsforstyrrelse i tillegg til non-REM parasomnien F51.3 Søvnngjengeri.

## **Behandling**

Målet med DID-behandling er en mer integrert fungering av de ulike delene av personligheten, og bedret kommunikasjon og koordinasjon mellom de avspaltede delene av personligheten. Ifølge praksisbaserte retningslinjer fra The International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2011) er de viktigste



elementene i behandlingen trygging og hjelp til å skjerme seg fra suicidal atferd og selvskading, og stabilisering fra overveldende, dissosierte tilstander (Loewenstein, 2018). Behandlingen deles inn i tre faser, der man først har som mål å etablere trygghet og stabilisering av symptomer. Man arbeider også med å identifisere og gradvis øke toleransen for mentalt innhold som personen ellers ville unngått. I neste fase arbeides det med traumat og traumatiske minner. Tredje fase handler om reintegrering av identiteten og rehabilitering (Diseth & Christie, 2005). Dette er prinsipper i tråd med behandlingsmodellene SARI, Safety and Stabilisation, Assessing trauma material, Reorganisation, and Integration (Phillips & Frederick, 1995), og POTT, Phase-oriented trauma treatment (Nijenhuis, 2017). Hvis man ikke vier nok oppmerksomhet eller tid på stabilisering og går for raskt inn i fase to med konfrontasjon av traumatiske deler, kan man forvente dekompensering hos pasienten. Før man går inn i fase to, er anbefalingen at en evaluerer grundig pasientens fungering og støttestrukturer, og gir støtte til pasienten gjennom affektreguleringsmetoder. For personer med alvorlig DID kan funksjonsnivået være så svekket at terapien forblir i fase én i flere år.

Sentrale prinsipper for behandling ble skissert for familien og lokalt behandlerteam. P ble fortalt at han hadde vært utsatt for vanskelige og skremmende opplevelser på sykehuset da han var liten, opplevelser som var nærmest umulig for et lite barn å forstå eller få sammenheng i. Vi forklarte at «selv om man ikke alltid husker slike hendelser med hodet, så kan kroppen huske deler av dem, og bli minnet om dem, når det skjer noe nytt som er vondt eller skremmende. Når en kobler ut og ikke husker hva man gjør, kan kroppen og hjernen likevel klare å gjennomføre det en skal. Opplevelsene spaltes som biter i et puslespill, slik at det vonde blir mindre truende. De vondeste bitene forsvinner, noen blir gjemt, mens andre endrer form så vi kan huske på dem som mindre farlige eller truende». Det ble formidlet at hendelser som kobles bort fordi de er for overveldende, kan påvirke en person indirekte, og at bevisstheten – tanker, følelser, hukommelse og sammenheng – kan bli preget av at noe er truende, selv om situasjonen rasjonelt sett ikke er truende lenger. En traumepåminner eller stressor kan eksempelvis trigge vekslning til en tilstand der man aktivt unngår trusler, og der man fra utsiden virker fjern. På bakgrunn av dette ble stressreduksjon formulert som første mål i videre oppfølging, både hjemme, på skolen og i fritiden.

Vi anbefalte individualterapi ut fra traumeforståelse og foreldreoppfølging med psykoedukasjon og veiledning. Som et ledd i stressreduksjon ble det anbefalt å skape mest mulig oversikt, forutsigbarhet og kontroll i sammenhenger P befant seg i. Søvnbehandling ble også anbefalt på grunn av sårbarheten knyttet til den eksisterende søvnforstyrrelsen og elementet av stress den medførte. Det ble lagt opp til et tett samarbeid mellom lokal BUP, barneavdelingen på lokalsykehuset, skole og fastlege i den videre oppfølgingen, både med tanke på farmakologiske, terapeutiske og pedagogiske tiltak.

## Implikasjoner for praksis

Helhetlig utredning, forståelse og behandling av sammensatte symptomtilstander som inkluderer fysiske symptomer, forutsetter et tett og tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner i somatikk og psykisk helse. Usikkerhet og engstelse knyttet til uavklarte spørsmål om somatikk, medisiner og behandling kan forsterke pasientenes symptomer og være til hinder for terapeutiske intervensjoner. Somatiske spørsmål bør derfor adresseres først og fungere som et ankerpunkt gjennom utredningen og vurderingen for å synliggjøre en meningsfull sammenheng mellom symptomer og belastning (Diseth & Christie, 2005; Kozłowska, 2016; Schaefer et al., 2012). For personer med dissosiative motoriske bevegelsesforstyrrelser eller andre somatoforme symptomer kan denne fremgangsmåten være vesentlig for å redusere uro og engstelse for underliggende sykdom, eksempelvis en nevrologisk sykdom.

Kasuistikken belyser at helsevesenet trenger økt bevissthet og kunnskap om DID og dissosiative tilstander for å gi riktig behandling på et tidligere tidspunkt. Litteraturen støtter vår kliniske erfaring som tilsier at klinikere bør kartlegge og vurdere dissosiative tilstander i større grad enn vi gjør i dag (Loewenstein, 2018).

For å fange opp personer med dissosiative symptomer kan man eksempelvis inkludere kartlegging av psykogen og motorisk dissosiasjon i rutinemessig screening ved poliklinikker og døgnavdelinger. For barn og unge kan spørreskjemaer som Adolescent Dissociative Experiences scale (A-DES) (Armstrong et al., 1997), Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ) (Nijenhuis et al., 1996) og Child Dissociative Checklist (CDC) (Putnam et al., 1993) gi en indikasjon på forekomst og grad av dissosiative symptomer (Diseth, 2005).

Tendens til fjernhet og oppmerksomhetsvansker er uspesifikke symptomer. Dissosiasjon favner et bredt spekter av fenomener, og dissosiative symptomer inngår i annen psykopatologi. Derfor utfordres klinikere i differensieringen av hva fjernhet, oppmerksomhetsvansker eller motoriske forstyrrelser representerer. I vår sak kunne ikke epilepsi, hyperkinetisk forstyrrelse og språklige eller eksekutive vansker forklare fjernheten alene. En biopsykososial kartlegging og en grundig differensialdiagnostisk vurdering var nødvendig for å forstå symptomene som del av en dissosiativ tilstand.

Det er fortsatt faglige motsetninger knyttet til DID- diagnosen, også i Norge. Vi tenker at motsetningene bygger på myter knyttet til DID, og på manglende kompetanse og opplæring i utdanningsinstitusjonene. DID-pasienter erfarer å bli misforstått, avvist og krenket, noe kasuistikken og litteraturen som er presentert, viser (Blindheim, 2020). Nyere studier støtter Traumemodellen både nevrostrukturelt og -funksjonelt, og modellen representerer kunnskap vi klinikere bør forholde oss aktivt til og implementere i vår kliniske hverdag (Reinders & Veltman, 2020). Kasuistikken illustrerer at dissosiative tilstander kan bli oversett hvis pasienten har andre og mer hyppige tilstander i tillegg. Den understreker også betydningen av å forfølge spørsmål om differensialdiagnoser og samtidighet av to tilstander. En differensialdiagnostisk avklaring krever et tett tverrfaglig samarbeid, ellers risikerer man å overse viktige

symptomer. I vårt tilfelle ble parasomnien vurdert som en sårbarhet for opprettholdelse av dissosiasjon. I tråd med anbefalingen fra van der Kloet et al. (2012) bør søvnbehandling prioriteres når det er indisert. Søvnbehandling er ett av flere tiltak som bidrar til å dempe stress og kroppslig aktivering, noe som er vesentlig i behandling av dissosiative lidelser.

Ved alvorlig og kompleks dissosiasjon som DID vil de aller fleste ha behov for innledende og gjentatt psykoedukasjon om dissosiasjon, hvordan dissosiasjon kan oppstå, og hva dissosiasjon innebærer i praksis. I pasientarbeidet er normalisering og positiv bekreftelse av dissosiasjon som mekanisme og forsvarsstrategi viktig (Urbina et al., 2017). Kasuistikken understreker betydningen av en traumeperspektiv-behandling som foregår parallelt med behandling av en somatisk tilstand, i dette tilfellet en parasomni.

## **Konklusjon**

Med utgangspunkt i en kasuistikk har artikkelen løftet frem sentrale punkter for utredning og oppfølging av komplekse dissosiative tilstander som DID. Litteraturen vi hentet frem, og vår kliniske erfaring peker på at personer med sammensatte tilstandsbilder som involverer dissosiasjon, ikke får nødvendig eller riktig behandling. De dissosiative symptomene fanges ikke opp i tilstrekkelig grad. Det er behov for en mer systematisk kartlegging og vurdering av dissosiative symptomer i psykisk helsevern.

Det er ulike teoretiske definisjoner og konseptuelle beskrivelser av dissosiative lidelser (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Som klinikere forholder vi oss til aktuelle diagnosemanualer og anbefalt behandling. Videre forskning knyttet til dissosiative lidelser er viktig for å klargjøre begrepene og representerer et utviklingsområde innen fagfeltet.

I kasuistikken var tidligere sykehus erfaringer viktige og ga informasjon om forhold som kan ha bidratt til komplekse reaksjoner i en kritisk periode for barnet. Diseth (2005) og Nijenhuis (2017) argumenterer for at sykehustraumer *alene* kan føre til en kompleks dissosiativ lidelse som DID. I andre tilfeller kan summen av belastninger på et gitt tidspunkt bli så stor at det som ellers ville vært håndterbart hver for seg, blir uhåndterlig. Da er det ikke typen belastning som personen har opplevd som er avgjørende for reaksjonen eller utfallet, men heller hvilken mening belastningene gis, og i hvilken sammenheng de inntreffer (Kozłowska, 2016; You et al., 2019).

I denne saken var en grundig gjennomgang av anamnese og objektiv utredning sentral for å forstå predisponerende og opprettholdende fysiske, emosjonelle og sosiale forhold. Samarbeid på tvers av disipliner med fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatri, barnenevrologi og spesialister innen søvn og epilepsi var nødvendig for å danne en helhetlig forståelse av symptomene. Geografisk avstand, helsevesenets silo-organisering og dualistiske orientering til psyke og soma kan være til hinder for et slikt samarbeid. Betydningen av at tverrfaglige team drøfter saken i fellesskap, virtuelt

eller fysisk, kan ikke understrekes nok. Møtene kan være avgjørende for å oppnå en felles forståelse og et best mulig utgangspunkt for videre behandling av pasienten.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 8, 2021, side*

#### TEKST

**Linn Breen Herner**, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

KONTAKT: BERLIN@ous-hf.no

**Stein Førde**, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

**Ingrid B. Helland**, Barneavdeling for nevrofag, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

**Stine Knudsen-Heier**, Nasjonalt kompetanse senter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom), Avdeling for sjeldne diagnoser, Oslo universitets sykehus

**Trond H. Diseth**, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

#### + Vis referanser

Agargun, M. Y., Kara, H., Ozer, O. A., Semiz, U., Selvi, Y., Kiran, U. & Tombul, T. (2001). Characteristics of patients with nocturnal dissociative disorders. *Sleep and Hypnosis*, 3, 131-134.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*.

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z. & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>

Blindheim, A. (2020, 23. juli). - Vi må bli ferdige med gamle myter om dissosiative lidelser. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/07/>

Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J. & Reinders, A. A. T. S. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human brain mapping*, 36(5), 1692-1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>

Chartier, M. J., Walker, J. R. & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454-464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>

Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma - an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 79-91. <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>

Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of*

*Psychiatry*, 59(4), 278-292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 8(196), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Helgeland, H. & Gjems, S. (2020). Somatiske symptomtilstander hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 657-665.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>

Irfan, M., Schenck, C. H. & Howell, M. J. (2017). Non-Rapid Eye Movement Sleep and Overlap Parasomnias. *Continuum*, 23(4), 1035-1050. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000503>

Koffel, E. & Watson, D. (2009). Unusual Sleep Experiences, Dissociation, and Schizotypy: Evidence for a Common Domain. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 548-559. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.004>

Kozłowska, K. (2016). The Body Comes to Family Therapy: Utilising Research to Formulate Treatment Interventions with Somatising Children and their Families. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 6-29. <https://doi.org/10.1002/anzf.1133>

Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>

Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48(5), 518-537. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.5.518>

Mason, T. B. A. & Pack, A. I. (2007). Pediatric Parasomnias, *Sleep*, 30(2), 141-151, <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.141>

Nijenhuis, E. R. S. (2017). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control* (Vol. III). Vandenhoeck & Ruprecht.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>

Nijenhuis, E. R. S. & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. <https://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders. In H. D'Haenen, J. A. den Boer & P. Willner (red.), *Biological Psychiatry*. John Wiley & Sons.

Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. W.W. Norton.

Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(08\)80004-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(08)80004-X)

Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., Willemsen, A. T. & Den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730-740. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.019>

Reinders, A. A. T. S. & Veltman, D. J. (2020). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>

Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M. & Henningsen, P. (2012). Clinical Practice Guideline: Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(47), 803-813. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>

Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R. S., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A. T. S. & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial

reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54-64. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>

Stallman, H. M. & Bari, A. (2017). A biopsychosocial model of violence when sleepwalking: review and reconceptualization. *BJPsych Open*, 3, 96-101. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004390>

Stout, M. (2001). *The Myth of Sanity. Divided Consciousness and the Promise of Awareness*. Penguin.

Urbina, T. M., May, T. & Hastings, M. (2017). Navigating Undiagnosed Dissociative Identity Disorder in the Inpatient Setting: A Case Report. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 223-229. <https://doi.org/10.1177/1078390317705448>

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The Haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton.

van der Kloet, D., Merkelbach, H., Giesbrecht, T. & Lynn, S. J. (2012). Fragmented Sleep, Fragmented Mind: The Role of Sleep in Dissociative Symptoms. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 159-175. <https://doi.org/10.1177/1745691612437597>

You, D. S., Albu, S., Lisenbardt, H. & Meagher, M. W. (2019). Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults. *Pain Medicine*, 20(3), 486-494. <https://doi.org/10.1093/pm/pny106>

Zadra, A., Desautels, A., Petit, D. & Montplaisir, J. (2013). Somnambulism: clinical aspects and pathophysiological hypotheses. *Lancet Neurology*, 12, 285-294. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70322-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70322-8)