

## **Virksomme mekanismer i behandling av DID**

*En systematisk litteraturgjennomgang av virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer behandlere erfarer som virksomme og sentrale i behandling*

—

**Martine Ludvigsen**

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol. Mai 2017

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

En litteraturgjennomgang av virksomme mekanismer i behandling av dissosiativ identitetslidelse (DID), og hvilke mekanismer behandlere erfarer som virksomme og sentrale.

*A literature-review of effective treatment-mechanisms for dissociative identity disorder (DID) and practioners experience with such mechanisms.*

PSY – 2901 Hovedoppgave for graden Cand.Psychol.

Martine Ludvigsen

Hovedveileder: Kamilla Rognmo

Biveileder: Eva Therese Næss

UiT Norges arktiske universitet

Mai 2017

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### **Forord**

Alvorlige lidelser og tilstander innenfor psykologien og psykiatrien har bestandig interessert meg, da årsaksforklaringene er komplekse og uten entydig svar. Jeg fikk spesiell interesse for dissosiativ identitetslidelse (DID) etter forelesninger på 4.året av profesjonsstudiet, der vi hadde en traumefokusert forelesningsrekke. I tillegg har jeg lest skjønnlitteratur skrevet av tidligere DID-pasienter som har bidratt til økt interesse, da jeg i større grad forstod omfanget av kompleksiteten i tråd med kunnskapen jeg ervervet. I lys av dette ønsker jeg å kunne bidra til økt kunnskap om DID hos helsepersonell som muligens møter disse pasientene uten å nødvendigvis være klar over det.

Jeg ønsker å rette en stor takk til mine veiledere som har støttet meg igjennom denne prosessen, hovedveileder Kamilla Rognmo og biveileder Eva Therese Næss, med inspirerende interesse for problematikken, verdifulle innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Videre ønsker jeg å takke min praksisveileder gjennom 4.året på profesjonsstudiet, Vemund N. Myrbakk for engasjerende diskusjon rundt dissosiasjon. Mine medstudenter som har vist interesse for og engasjert seg i temaet, fortjener også en takk. Slikt engasjement har ført til interessante drøftinger omkring dissosiasjon og dissosiativ identitetslidelse.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### Sammendrag

Formålet med litteraturgjennomgangen var å undersøke hvilke mekanismer som ligger til grunn for effektiv behandling av dissosiativ identitetslidelse. I utgangspunktet skulle litteraturgjennomgangen utelukkende basere seg på empiriske studier og muligens caserapporter. Da litteratursøket gav få resultater på empiriske studier, ble erfaringsbasert kunnskap inkludert for å oppnå tilstrekkelig kunnskap. Resultatet av litteraturgjennomgangen indikerer at det bør foreligge visse typer intervensjoner for at DID-pasienter skal oppleve bedring. Inkludert litteratur peker i retning av fire slike intervensjoner som tenkes å være de mest sentrale: stabilisering, erverving av adaptive mestringsstrategier, integrering og fusjonering. Stabilisering tenkes å være av størst betydning for å gjøre pasienten i stand til å ta inn over seg tanker og følelser knyttet til traumehendelser. Ulike teknikker kan anvendes for å oppnå stabilisering, for eksempel ankring. Først når pasienten er tilstrekkelig stabilisert kan arbeid rettet mot integrering og fusjonering, starte.

*Nøkkelord:* dissosiativ identitetslidelse, faseorientert behandling, EMDR for DID, kropporientert terapi, sensorimotorisk terapi.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition)

karakteriserer dissosiative lidelser ved forstyrrelse i normal integrering av bevissthet, hukommelse, identitet, affekt, persepsjon, kroppsrepresentasjon, motorisk kontroll og atferd. Symptomene kan i verste fall forstyrre alle områder for psykologisk fungering (DSM-V, 2013). I Europa fordeles prevalensen av dissosiative lidelser seg på følgende måte: 5-20,7 % av innlagte pasienter har en dissosiative lidelser (Friedl & Draijer, 2000; Gast, Rodewald, Nickel & Emrich, 2001), mens 12-38 % av polikliniske pasienter har en dissosiativ lidelse (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006). DSM-V kategoriserer dissosiative lidelser ved siden av traume-og stressrelaterte lidelser, uten at dissosiative lidelser er en del av denne kategorien. En slik plassering indikerer et nært bånd mellom dissosiative lidelser og stressrelaterte lidelser, som posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (DSM-V, 2013).

Betegnelsen dissosiative lidelser er en samlebetegnelse på ulike dissosiative tilstander, for eksempel: dissosiativ amnesi der pasienten ikke er i stand til å gjenhente autobiografiske minner. Ved normal glemskhet forventes at en er i stand til å være klar over sine mangler i hukommelsen. Pasienter med dissosiativ amnesi er ikke klar over slike mangler. Dissosiativ lidelse ikke spesifisert (DDNOS) er en dissosiativ lidelse der symptom bildet er for diffust til å kunne diagnostisere med en spesifikk dissosiativ lidelse eller dissosiativ identitetslidelse (DID). En pasient med dissosiativ amnesi oppfyller ikke nødvendigvis kriteriene for DID. Imidlertid er dissosiativ amnesi en av plagene som må være til stede for å kunne konkludere med en DID-diagnose. I tillegg må påtrengende minner, nummenhetsfølelse og depersonalisering/derealisering og dissosiativ fuge være til stede (DSM-V, 2013). Depersonalisering defineres som manglende følelse av å være til stede i egen kropp. Derealisering defineres som en manglende følelse av virkelighet (Bækkelund & Berg; som sitert i Anstorp & Benum, 2015, s. 85). Dissosiativ fuge er en tilstand som oppstår ved

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

komplekse dissosiative lidelser, som DID, der personen utfører målrettede handlinger og samtidig er i stand til å ivareta grunnleggende behov (DSM-V, 2013). Noen kan rapportere at de har barn uten å huske hverken seksuelt samvær eller fødselen. DID er preget av forstyrrelser i bevissthet karakterisert ved flere distinkte personlighetsstrukturer, manglende hukommelse for hverdagshendelser og viktig personlig informasjon, og dårlig sosial fungering (DSM-V, 2013). Nærmere om dissosiasjon følger senere i oppgaven.

Pasienter med DID opplever ufrivillig aktivering i form av fysiske fornemmelser og fysiologisk over-eller underaktivering, dersom de deltar i ren prateterapi (Amlund, 2012). Andre former for traumebehandling har derfor blitt foreslått som mer effektive, der det ledende forskningsmiljøet på DID mener faseorientert behandlingstilnærming til traumene, er den beste og mest effektive (Brand & Loewenstein, 2014; Dorahy et al., 2014). Ulike intervensjoner har blitt prøvd ut i kombinasjon med faseorientert behandling (Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2013, 2014; Gelinas, 2003; Twombly, 2000). Denne litteraturgjennomgangen har to formål: 1) Se på hva som er virksomme mekanismer i behandling av DID, og 2) undersøke hvilke mekanismer behandlere erfarer som virksomme og sentrale i behandling av DID.

For å kunne redegjøre for behandlingstilnærming ved DID er det enkelte begreper som må defineres. Først vil jeg gå inn på traumbegrepet, da ulike profesjoner definerer begrepet ulikt som kan føre til misforståelser. Deretter vil jeg forklare hvilke typer traumer som ligger til grunn for en DID, før jeg vil redegjøre for teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSDP), som tenkes å årsaksforklare DID. Til slutt vil jeg kort redegjøre for de sentrale behandlingsprinsippene ved de aktuelle tilnærmingene, før jeg presenterer resultatene fra litteraturgjennomgangen.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### **Traumebegrepet**

Både medier og ulike fagmiljø viser en tendens til å konseptualisere begrepet traume på forskjellige måter. Anstorp & Benum (2015) fremhever ulike profesjoners betydning av traume. Medisinen snakker om "kroppslige traumer etter ulykker eller andre fysiske påkjenninger" (s. 23-24). Psykologiens traumebegrep handler om individuelle reaksjoner på traumatiske hendelser. I en slik forståelse av begrepet står individets subjektive opplevelse av hendelsen i sentrum (Anstorp & Benum, 2015, s. 24). Det er den psykologiske forståelsen av traume som er relevant i denne oppgaven og som derfor blir viet betydelig mer plass, sammenlignet med medisins definisjon.

I denne oppgaven vil mulige konsekvenser av barndomstraumer være mest aktuelt, da det er disse som ligger til grunn for utvikling av DID. Ulike typer psykologiske traumeerfaringer som kan føre til skade på barnet, inkluderer å bli utsatt for misbruk eller mishandling, omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller direkte fysiske angrep i kombinasjon med manglende relasjonell støtte (Van der Kolk, 2005; Lyons – Ruth & Jacobwitz, 2008). Slike erfaringer kan grovt sett deles inn i tre ulike kategorier; utviklingstraumer, tilknytningstraumer og relasjonstraumer.

### **Utviklingstraumer**

Utviklingspsykologien peker på regulering av barnets affekt og fysiologiske tilstand, som omsorgsgivers mest sentrale oppgave. Slik stimulering fører til at barnets hjerne utvikler seg optimalt og adekvat (Schore, 2001; Stien & Kendall, 2004). Nordanger refererer til denne oppgaven som reguleringsstøtte, der oppgaven går ut på å forholde seg sensitivt til barnets følelser og atferd, også i situasjoner der barnet har behov for en pause (som sitert i Anstorp

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

& Benum, 2015, s. 42). I en optimal og adekvat relasjon mellom barn og omsorgsperson vil, med andre ord, barnet få hjelp til affektregulering (Braarud & Nordanger, 2011).

Barn som opplever gjentatte og vedvarende traumatiske hendelser, kombinert med manglende reguleringsstøtte i en utviklingssensitiv periode av livet kan etablere et utviklingstraume (Van der Kolk, 2005). Eksempler på slik traumatisering kan være en omsorgssituasjon der omsorgsgiver og overgriper er én og samme person, for eksempel en far som forgriper seg på sin datter. Konsekvensen av en slik situasjon vil kunne være utvikling av et maladaptivt affektregulerings-mønster (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011), dersom barnet ikke får støtte fra annet hold, for eksempel fra et annet familiemedlem som forstår alvoret i situasjonen og støtter barnet i hverdagen.

### **Tilknytningstraumer**

For barn som lever under traumatiserende forhold vil tilknytningssystemet og den grunnleggende tilliten til andre mennesker, påvirkes. Den amerikanske psykiateren Johan Allen (2013a) fremstiller tilknytningstraumer som tosidige, der det på den ene siden handler om påkjenninger som har oppstått i barnets tilknytningsrelasjon til én eller flere omsorgspersoner, for eksempel i relasjon til mor og far. Den andre siden viser til de skadelige konsekvensene, som manglende kapasitet til utvikling av trygg tilknytning senere i livet og manglende evne til å regulere følelser (som sitert i Anstorp & Benum, 2015, s. 54).

Litteraturen på tilknytning skiller mellom tilknytningstraume og utrygge tilknytningserfaringer. Benum refererer til Pat Ogden (2012), som mener at tilknytningstraumer er basert på skader etter at barnets "...biologiske forsvarssystemer er utløst eller under intens emosjonell overveldelse" (som sitert i Anstorp & Benum, 2015 s. 54). De predisponerer for negative selvpoppfatninger som "jeg blir drept hvis jeg rører meg"



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

eller ”jeg er hjelpeløs – jeg må underordne meg”. Utrygge tilknytningserfaringer oppleves av barnet som vanskelige og vonde, uten at de blir så overveldende at det biologiske overlevelsesforsvaret trigges. Vanlige selvpoppfatninger her vil være av typen ” jeg liker best å være alene ” eller ”-jeg ordner opp selv”. Måten omsorgspersonen responderer på barnets behov legger grunnlaget for ens forståelse av seg selv. Dersom omsorgspersonen for eksempel snur seg vekk når barnet er i behov av trøst, kan barnet oppfatte seg selv som ikke verd å trøste (Braarud & Nordanger, 2011).

Ainsworth (1989) har vært ledende i forskning på ulike tilknytningsstiler hos barn og har kommet frem til klassifisering av tilknytningsstil i fire ulike kategorier; trygg tilknytning, utrygg usikker, utrygg ambivalent og desorganisert tilknytning. I sammenheng med dissosiasjon er det sistnevnte som har relevans. Skogli & Øie (2010) definerer desorganisert tilknytning som en tilstand der barnet opplever ”motsetningsfylte følelser og et uorganisert atferdsmønster”. I en slik situasjon tenker en at barnet forsøker å organisere sine følelser, uten å være i stand til dette da det ikke får den hjelpen det trenger, ifra omsorgspersonen.

Forskning på sammenhengen mellom dissosiasjon og tilknytningsstil viser at seksuelle overgrep isolert ikke er årsaksforklaring alene. Mangel på positive følelser og emosjonell respons fra omsorgsgiver, kombinert med overveldende hendelser, ser ut til å være en årsaksforklaring på utvikling av dissosiasjonsproblematikk (Lyons – Ruth & Jacobwitz, 2008). Faktorer som forstyrret kommunikasjon og mangel på responsivitet fra omsorgsgiver fremstår som medierende årsaker for dissosiative forstyrrelser (Melnick, Finger, Hans, Patrick & Lyon – Ruth, 2008; som sitert i Anstorp & Benum, 2015, s. 56).

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### **Relasjonstraumer**

Når traumatiske opplevelser oppstår i barnets relasjoner til andre mennesker, for eksempel omsorgsgiver, øvrig slekt, venner av familien, lærere eller andre tillitspersoner, betegnes traumatet som et relasjonstraume og preges av det skjeve maktforholdet mellom den traumeutsatte og den som utøver traumehandlingen (Sønstebø, 2007). Langvarige og gjentatte traumatiske opplevelser i relasjon til andre mennesker vil ha spesielt skadelig effekt, også inn i voksenlivet dersom det ikke behandles (Van der Kolk, 2003).

For barn som opplever traumatiske og overveldende hendelser tidlig i livet og i relasjon til omsorgsgiver, er det nødvendig å finne måter å forholde seg på både til det som skjer, omsorgen de er avhengig av og samtidig mestre livet og utvikling. For å være i stand til dette er de nødt til å unngå å føle og unngå å huske. Den psykologiske mekanismen bak unngåelsen er evnen til å spalte vekk intense og utålelige smerte – og følelsetilstander. Denne psykologiske mekanismen kalles i fagmiljøet for dissosiasjon og oppstår før hjernen er ferdig utviklet (Anstorp & Benum, 2015, s. 28). Kombinasjonen av traumer i en utviklingssensitiv periode av livet, en utrygg og desorganisert tilknytningsrelasjon til en omsorgsgiver og manglende støtte, er faktorer som kan føre til dissosiasjon (Van der Kolk, 2005).

De ulike traumetyperne skissert over fremgår ikke som separate enheter eller hendelser, men må sees i sammenheng med hverandre. Et barn som opplever grov omsorgssvikt vil være utsatt for én eller flere hendelser som potensielt foregår i en utviklingssensitiv periode av livet der tilknytning er en sentral del. Dette skjer i relasjon til noen barnet står nær og vil ha en negativ påvirkning (Lyons – Ruth & Jacobwitz, 2008; Sønstebø, 2007). På denne måten er det en overlapping mellom utviklingstraumer, tilknytningstraumer og relasjonstraumer.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### **Rollen til hukommelse i traumer**

Vedvarende traumeerfaringer kan føre til endringer i organisering av minner i hukommelsessystemet og betegnes derfor som en hukommelseslidelse, i tillegg til overnevnte aspekter. Brewin, Dalgleish & Joseph (1996) postulerer en teori som påstår at traumeminner lagres i to separate systemer med parallelle prosesser. I det ene systemet, Situationally Accessible Memories (SAM), kodes minner om hendelsen i traumetid, tidvis fragmentert og uten kontekst. Minnene trigges av kjennetegn ved traumehendelsen og fører til ufrivillige gjenopplevelser. Det andre systemet, Verbally Accessible Memories (VAM), representerer autobiografisk minne. Minner om traumehendelsen som kodes her kan bevisst gjenhentes og redigeres, da VAM inneholder "time - tags" som angir tidsperspektiv (Grey, Young & Holmes, 2002). Ekstreme og grenseoverskridende traumeerfaringer, spesielt hos barn, tenkes å utløse ekstrem frykt, en følelse av hjelpeløshet og skrekk (Braarud & Nordanger, 2011). I situasjoner som utløse disse følelsene vil emosjonell bearbeidelse av traumehendelsen øyeblikkelig hemmes og lagres i stedet fragmentert, sammen med ulike komponenter fra hendelsen. Fragmenterte deler blir i etterkant trigget av stimuli som assosieres med traumehendelsen. Personen opplever de fragmenterte delene som påtrengende minner, flashbacks og mareritt (Grey, Young & Holmes, 2002).

Traumeerfaringene skissert over, og kanskje spesielt hukommelsesfunksjonen, legger grunnlaget for å forstå innholdet i teorien om strukturell dissosiasjon. En fragmentert hukommelsesfunksjon over tid kan tenkes å være en av faktorene som opprettholder DID (Grey, Young & Holmes, 2002).

I litteraturen gjenspeiles det en pågående debatt i forskningsmiljøet omkring eksistensen av falske minner etter traumatisering (Zoellner, Foa, Brigidi & Przeworski, 2000; Goodman et al., 2011). Falske minner oppstår når hjernen forsøker å rekonstruere en

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

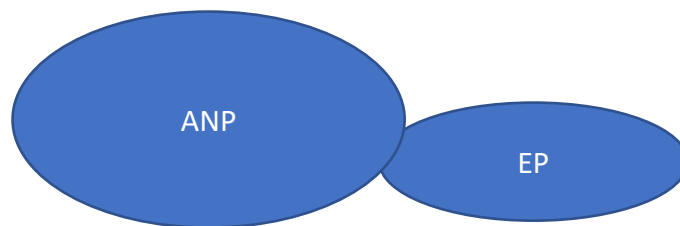
hendelse, ved å aktivere assosiasjoner (Howe, Wimmer & Blease, 2009; sitert i Goodman et al., 2011), samtidig som personen ikke er i stand til å monitorere objektive minner (Gallo, 2006; sitert i Goodman et al., 2011). Da det er utenfor oppgavens intensjon å gå grundig inn i innholdet i debatten, vil den ikke redegjøres for. Hensikten er heller å gjøre leseren klar over dens eksistens.

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

Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSDP) redegjør for personlighet som et psykobiologisk system (Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Dette systemet er ansvarlig for menneskets overordnede funksjoner og karakteristikk, som for eksempel persepsjon, kognisjon og emosjoner, og organiseringen av disse. Persepsjon, kognisjon, emosjon og tanke krever mental kapasitet, som tenkes å være grunnlaget for integrering av informasjon inn i personligheten. Integrering handler om å binde sammen ulike elementer (persepsjon, emosjon og tanke) fra hendelser, samt fra ulike hendelser over tid. I TSDP tenker en at traumer, og spesielt barndomstraumer, fører til skader på det psykobiologiske systemet, en prosess som kalles dissosiasjon (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Som tidligere beskrevet er dissosiasjon mangelen på tilstrekkelig bearbeidet traumeinformasjon der ulike elementer fragmenteres og personen mangler hukommelse for ulike deler av traumet. Minnene fra traumehendelsene oppleves derfor ikke som en del av personen. Ifølge TSDP manifesterer denne prosessen seg ved etablering av én eller flere personlighetsstrukturer med ulike tilhørende minner fra traumehendelsene (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). TSDP kategoriserer dissosiasjonen inn i tre ulike alvorlighetsgrader: primær dissosiasjon, sekundær dissosiasjon og tertiær dissosiasjon (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002).

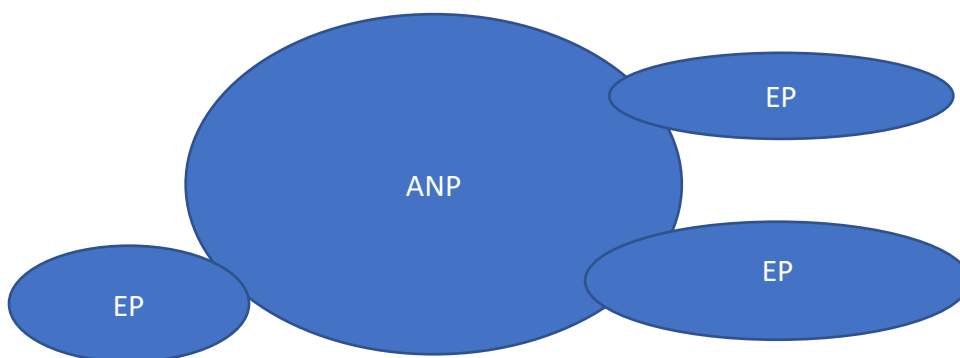
Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Primær strukturell dissosiasjon av personligheten gjenspeiler prosessen som oppstår etter en enkelt traumatisk hendelse, som har funnet sted på et hvilket som helst tidspunkt i livet. Vanlige eksempler på hendelser som kan føre til primær dissosiasjon av personligheten er krig, overfallsvoldtekt og ran. Når manglende integrering mellom en enkelt normal del av personligheten (ANP) og en traumbærende del av personligheten (EP) oppstår, kalles det enkel PTSD (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005). Teorien kan illustreres på følgende måte:



*Figur 1-* Illustrasjon av primær strukturell dissosiasjon.

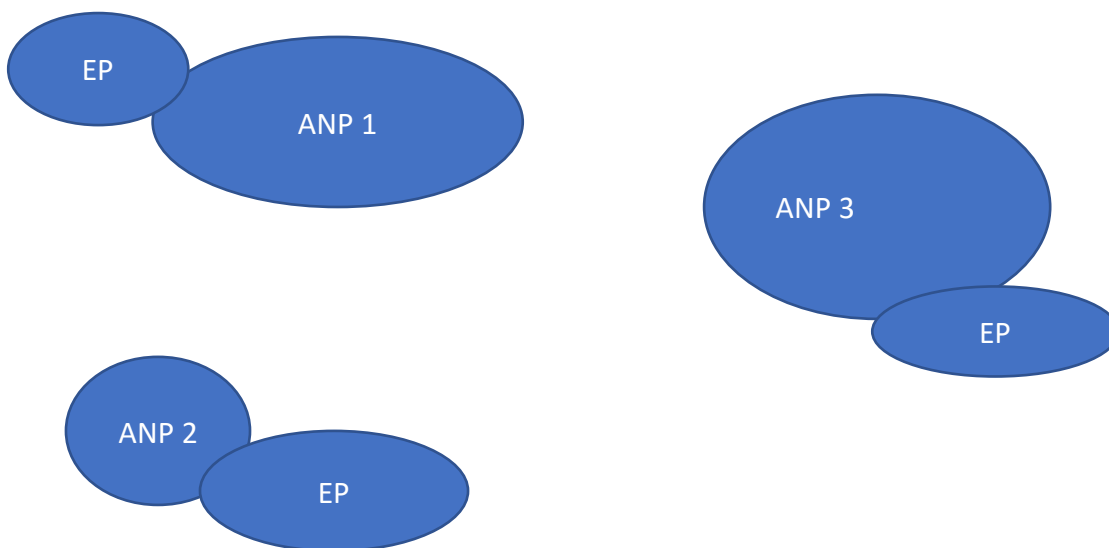
Sekundær strukturell dissosiasjon av personligheten kan ifølge TSDP oppstå hos personer som har opplevd langvarige og mer komplekse traumer, som for eksempel tortur og langvarig krig. Personlighetsstrukturen splittes her i en tilsynelatende normal del av personligheten og to eller flere traumbærende deler (van der Hart et al, 2013). Denne tilstanden kalles kompleks PTSD (DSM-V, 2013) og kan illustreres slik:



*Figur 2 –* Illustrasjon av sekundær strukturell dissosiasjon.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Tertiær strukturell dissosiasjon av personligheten regnes som den alvorligste og mest komplekse, samt omfattende graden av strukturell dissosiasjon. Ved tertiær strukturell dissosiasjon av personligheten spaltes personlighetsstrukturen inn i flere normale deler og flere traumbærende deler (Van der Hart et al, 2013), på grunn av manglende evne til å tåle innholdet i tanker og følelser forbundet med opplevd traume. Teorien om ANP og EP postulerer at de i større eller mindre grad vet om hverandres eksistens (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 43). En tenker at tertiær strukturell dissosiasjon er resultatet etter langvarig og omfattende overgrep utført av omsorgspersoner, i et barns utviklingsensitive periode av livet (Van der Kolk, 2005). Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) forbeholder tertiær strukturell dissosiasjon til personer med DID, og kan illustreres på følgende måte:



*Figur 3 – Illustrasjon av tertiær strukturell dissosiasjon av personligheten.*

De traumbærende delene ved DID er vanskelig å integrere, da de bærer på ulike fragmenter fra traumehendelsene. Enkelte av strukturene havner ofte i konflikt med hverandre og skaper kaos i den indre verden, mens andre har en beskyttende funksjon.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Boon, Steele & Van der Hart (2015) kategoriserer de traumbærende strukturene inn i følgende: unge strukturer, hjelpestrukturer, strukturer internalisert som overgriper, kampstrukturer og skamfulle strukturer (s. 46 – 48). De unge strukturene representerer pasientens alder da traumene startet, og vil typisk befinne seg i aldersspennet spedbarn – ungdom. De har en opplevelse av å være fastlåst i tilhørende utviklingsperioder og bærer på traumatiske minner, vonde følelser, kroppslige fornemmelser og tanker assosiert til traumehendelsene. De har en opplevelse av å være ensomme og avhengige, og har et stort behov for trøst og støtte (s. 46 - 47).

Hjelpestrukturer har typisk en støttende og trøstende funksjon overfor de unge strukturene. De representerer ofte personer som barnet har sett opp til eller oppfattet som snill og god. I tilfeller der barn har manglet slike personer i sitt liv, vil ikke nødvendigvis slike strukturer eksistere. Internalisering av hjelpestrukturene har vært et forsøk på indre regulering fra barnets side (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 47).

Strukturen som representerer overgriper er ofte sint, og kan internaliseres som overgriperens stemme eller skygge. Denne strukturer eksisterer ofte i entall og utøver truende atferd mot andre strukturer, ofte med trusler om skade eller straff. Denne strukturen ønsker ofte å ta livet av andre strukturer, som de oppfatter som svake (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 47).

Kampstrukturene er fastlåst i kamp – og beskyttelsesmodus, der de hele tiden er på vakt overfor potensiell trussel. Deres funksjon er å beskytte pasienten mot alt som oppfattes som farlig. Ved DID vil mellommenneskelige relasjoner, og tanker og følelser assosiert til traumene representere en trussel (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Boon, Steele & Van der Hart, 2015). Kampstrukturene oppfatter seg selv som usårbarlige med særlig rett til

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

å utøve aggressiv atferd for å beskytte pasienten (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 47 - 48).

Skamfulle strukturer er fastlåst i særlig skambelagte fragmenter fra traumehendelsene. De er med å opprettholde dissosiasjonen ved å ikke dele slikt materiale med andre strukturer, som tenkes å forsterke følelsen av ensomhet og skam. Typiske skambelagte tanker knyttet til en slik situasjon, vil være tanker om at overgrepene var ens egen feil eller at en ikke gjorde noe for å stoppe overgrepene og dermed har skyld i dem selv (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 48).

Van der Hart et al (2013) legger vekt på at kjennetegnet ved DID er at de har utviklet en fobisk reaksjon på de følelsene og tankene traumene inneholder, sammen med en unngåelsestrang for situasjoner og steder som kan trigge disse. Årsaken til unngåelsen kan tenkes å være innholdets overveldende karakter og personens manglende evne til å håndtere innholdet på en adekvat måte. Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2004) mener de fobiske reaksjonen som oftest oppstår ved DID, er knyttet til innholdet i traumatiske minner, tilknytningsstil og indre opplevelser (som sitert i Anstorp, Benum & Jakobsen, 2012, s. 109-113).

Den fobiske reaksjonen for traumatiske minner oppstår når den tilsynelatende normale delen av personligheten ikke er i stand til å forholde seg traumeminnene. Over tid vil det etableres et fobisk forhold mellom denne delen og de traumbærende delene av personligheten, der følelser og tanker knyttet til traumbærende deler ikke tolereres, ifølge Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005). Boon, Steele & Van der Hart (2015) refererer til denne fobien som "fobien for indre erfaring" (s.68). En annen fobi, tilknytningsfobien, bærer preg av ambivalens hos pasienten, der på den ene siden den traumeutsattes ønske om



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

tilknytning står sterkt ("fobien for tap av tilknytning", s. 326), mens på den andre siden er frykten for, og ønsket om å unngå tilknytning like sterk ("fobien for tilknytning, s. 326).

Strukturene som ønsker og søker tilknytning er de traumbærende delene. De har et uoppfylt behov for oppmerksomhet, trøst og støtte, som de forsøker å få tilfredsstilt. De tilsynelatende normale delene ønsker å unngå emosjonell tilknytning og relasjoner til andre mennesker, som for dem representerer potensiell fare og trussel (Boon, Steele & Van der Hart, 2015, s. 48).

Fobiene som etableres ved DID er med å opprettholde strukturell dissosiasjon ved at de tilsynelatende normale delene av personlighetsstrukturen unngår å forholde seg til traumeinnhold i tanker og følelser, og i forlengelse av dette ikke blir i stand til å etablere nye assosiasjoner fra nåtiden. Bevisstheten snevres inn og de traumbærende delene av personlighetsstrukturen (re)dissosierer. Over tid vokser repertoaret over hvilke indre og ytre stimuli, og sammenhenger som må unngås for å overleve (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005).

Faktorer en tenker kan bidra til opprettholdelse av DID er; en fragmentert hukommelsesfunksjon, frykten for innholdet i traumeminnene, frykten for dissosiative deler av personligheten og frykten for tilknytning. Denne frykten er gjenstand for behandling av DID, der fokus er på å minke ubehagelige følelser og tanker knyttet til traumeinnholdet. Først når frykten er overvunnet vil den strukturelle dissosiasjonen være unødvendig og pasienten vil få en mer samlet jeg-opplevelse (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005). Tradisjonelt har faseorientert behandling blitt anvendt (Brand & loewenstein, 2014), mens det i nyere tid har blitt mer akseptert og anerkjent å anvende visse elementer fra andre tilnærminger, som Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og kropporientert terapi for DID. Gjenstand for denne oppgaven blir å se nærmere på hvilke

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

mekanismer som fører til bedring hos pasienter med DID og hvilke mekanismer behandlere oppfatter som virksomme og sentrale. For å kunne gå igjennom behandlingstilnærming er det nødvendig med en grunnleggende forståelse av de ulike behandlingsprinsippene. De vil derfor blir redegjort for, før jeg presenterer resultatet fra litteraturgjennomgangen.

## **Behandling**

### *Faseorientert behandling*

Faseorientert behandling er trinnvis behandling der terapeuten sammen med pasienten beveger seg igjennom ulike faser på en ikke-lineær måte. Fasene deles tradisjonelt inn i tre deler med tilhørende mål for behandlingen. Det overordnede målet i en slik tilnærming er bevegelse i pasientens fastlåste reaksjoner (Chus, 2005). I behandlingens første fase er hovedmålet stabilisering og symptomreduksjon slik at integrering av traumeminnene blir mulig. For å komme i posisjon til å gjøre slikt arbeid er det viktig å etablere en god allianse med pasienten. I tillegg er det viktig å redusere selvdestruktiv atferd som for eksempel selvskading, for å sikre pasientens liv (Chu, 2005).

I fase to av behandlingen er hovedmålet at pasienten skal erkjenne traumehendelsene som sine egne og etablere traumeminnene som autobiografisk minne (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005), og begynne integreringsarbeid (Chu, 2005).

Dissosiasjonsnivå har betydning for fokus i behandlingen, da grad av manglende evne til å forholde seg til tanker og følelser knyttet til traumene varierer mellom primær, sekundær og tertiær dissosiasjon. Det tenkes at fobiske reaksjoner på de følelsene og tankene som traumene inneholder, og unngåelse av disse er sterkest ved tertiær dissosiasjon og får derfor stor plass i behandling av dette nivået (E.T. Næss, personlig kommunikasjon, 27 januar 2017).

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Den siste fasen i behandlingen kalles fase tre og innebærer dypere bearbeiding av traumeminnene. Implementering av ulike strategier for å forebygge funksjonsfall og hjelpe den dissosierte til å håndtere hverdagens opp – og nedturer ansees som spesielt viktig (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005).

#### *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en manualbasert tilnærming som tradisjonelt ble utviklet av Francine Shapiro for behandling av enkeltstående traumer (Gonzalez & Mosquera, 2012, s.1 ). Bilateral stimulering (BLS) er en sentral teknikk, der terapeuten rytmisk beveger to fingre foran pasientens øyne (Twombly, 2000). Gjennom å bevege øynene rytmisk, som under REM-søvn mens traumeminnet og tilhørende fysiologisk aktivering holdes i bevisstheten, er hensikten å integrere traumeminnet. Ved å gjenta BLS er hensikten å installere positive kognisjoner som alternativer til de negative, som ofte oppstår etter opplevd traume. Etter noen runder med BLS vil pasienten kunne merke endring i fysiologisk aktivering og minket symptomtrykk (Twombly, 2000).

Tradisjonelt er EMDR en strukturert fremgangsmåte delt inn i åtte faser med tilhørende fokus og mål (Gonzalez & Mosquera, 2012, s. 1). I fase 1 forteller pasienten sin traumehistorie og blir bedt om å identifisere det verste øyeblikket, et såkalt hotspot (Grey, Young & Holmes, 2002); fase 2 har fokus på stabilisering og symptomreduksjon; i fasene 3-7 bearbeides traumeminnet ved bruk av ulike teknikker, og fase 8 er en evalueringsfase av behandlingseffekten (Gonzalez & Mosquera, 2012, s. 1 - 7).

Anvendelse av tradisjonell EMDR er ikke å anbefale som behandlingsmetode for DID (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Twombly, 2000), og det har derfor blitt utviklet en protokoll spesifikk for DID-problematikk (Gonzalez, Mosquera & Fisher; som sitert i Gonzalez

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

& Mosquera, 2012, s. 229). I likhet med den tradisjonelle protokollen, inneholder EMDR-protokollen for DID en forberedende fase (Gonzalez & Mosquera, 2012, s. 1; Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2013).

### *Kroppsorientert terapi*

Kroppsorientert terapi tar utgangspunkt i at kroppen innehar en form for kroppslig hukommelse, der fysiologisk aktivering trigger traumeminner (Fisher, 2011). Teorien bak denne behandlingstilnærmingen hevder at traumatiske hendelser, særlig i barndommen, fører til en habituell respons i nervesystemet, preget av en tilstand mellom kamp, flukt, frys eller total underkastelse (Porges, 2003; Ogden, 2006b). Ulike intervensjoner anvendes for at pasienten skal bli i stand til å bevege seg fra ett opplevelsesnivå (kroppslig, emosjonelt eller kognitivt) til et annet. Dette er grunnlaget for integrering av fysiske fornemmelser fra traumet (for eksempel berøring) sammen med mentale elementer (for eksempel synet eller lukten av overgriper) fra traumet (Amlund, 2012).

En kjent kroppsorientert tilnærming er Pat Ogdens sansemotoriske psykoterapi, der kroppslige fornemmelser knyttet til traumet har stor plass. Teorien bak sansemotorisk behandling redegjør for traumer som fastlåste forsvarshandlinger, der den traumeutsatte ikke har hatt mulighet til å fullføre handlingen. Ifølge Holbæk (sitert av Anstorp & Benum, 2015, s. 299) er målet med kroppsorientert behandling at pasienten skal fullføre forsvarshandlingen med hjelp fra terapeuten, og erfare refleksjon fremfor utførelsen av en lært, automatisert impuls. Sansemotorisk psykoterapi tar sikte på å løse opp i sansemotoriske reaksjoner etter traumene, i tillegg til å arbeide med maladaptive atferdsmønstre og affektregulering.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

I min oppgave undersøker jeg de spesifikke mekanismene i de tre overnevnte behandlingstilnærmingene som tenkes å ha helingseffekt ved DID. Erfarne behandleres synspunkter på intervensjoner rettet mot bedring hos DID-pasienter, har en sentral plass. Hensikten med oppgaven er å bidra til økt forståelse av og kompetanse på DID og behandling, særlig hos helsepersonell som møter pasienter med slike utfordringer.

## Metode

### Prosedyre

For å undersøke mitt forskningsspørsmål ble det gjennomført søk av forskningslitteraturen på virkningsfulle mekanismer i behandling av dissosiativ identitetslidelse, så nært opp mot en systematisk litteraturgjennomgang som mulig. Jeg foretok søk i tråd med "PRISMA 2009 checklist", som beskriver elementer en bør inkludere i en systematisk litteraturgjennomgang (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). Det ble foretatt søk etter vitenskapelige studier og reviews i internasjonale databaser som PsycInfo og Google Scholar. I tillegg har jeg søkt i referanselistene til artikler relevante for problemstillingen. Søkene ble avgrenset til perioden 01.10.16-01.04.17. Aktuelle søkeord var "dissosiativ identity disorder", "phaseoriented treatment", "komplekse traumelidelser", "EMDR for DID", og "kropporienterte terapier". Bøker med temaet dissosiativ identitetslidelse og behandling ble anvendt som relevant litteratur.

I innledende faser i utvelgelsen av relevante artikler, var overskriften av betydning for om aktuelle artikler ble valgt eller ekskludert. I alt 635 artikler inneholdt søkeordene. Etter gjennomgang av overskrifter satt jeg igjen med 95 artikler. Neste steg i utvelgelsesprosessen var å lese igjennom artiklenes abstrakt. Basert på dette beholdt jeg 42 artikler. Deretter ble hele artikkelen lest, og etter denne prosessen satt jeg igjen med 4

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandlere som virksomme og sentrale i behandling?

empiriske studier. Da dette var for få studier å basere litteraturgjennomgangen på gikk jeg igjennom referanselistene til disse tre artiklene for å søke etter relevant litteratur. Etter dette søket satt jeg igjen med 10 artikler basert på erfaringer til behandlere, heretter kalt erfaringsbasert kunnskap. Til sammen hadde jeg da 14 artikler og 3 bøker.

### **Utvalgskriterier**

Inklusjonskriterier var artikler publisert fra slutten av 1980-tallet og frem til 2017, artikler der populasjoner hadde traumebakgrunn fra barndommen, komorbiditet mellom DID og andre psykiatriske diagnoser, og artikler som redegjorde for behandling av DID. Eksklusjonskriterier var artikler publisert før slutten av 1980-tallet, artikler med utgangspunkt i enkeltstående traumer og PTSD, og artikler som tok for seg rene snakke terapier, som kognitiv atferdsterapi.

### **Resultater**

I alt 4 empiriske studier, 10 artikler i kategorien erfaringsbasert kunnskap og 3 bøker basert på erfaringsbasert kunnskap tilfredsstilte inklusjonskriteriene i studien. Til sammen ble 14 artikler inkludert i studien, sammen med 3 sekundære kilder som lærebøker basert på forfatternes egne erfaringer i kombinasjon med tilgjengelige artikler. Grunnet kompleksiteten til teorien bak DID, ble resultatene av litteraturgjennomgangen fordelt i følgende kategorier: faseorientert behandling, EMDR for DID og kroppsorienterte terapier. Det forventes at en slik fremstilling av resultatene blir mer oversiktlig. Funnene var av en slik art at enkelte studier og erfaringsbasert kunnskap nevnes i flere kategorier.

### **Faseorientert behandling**

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

The International Society for the Study of Trauma and Dissociation's Treatment Guidelines for Dissociative Identity Disorder in Adults (ISSD) består av en samling klinikere og forskere med ekspertkompetanse på dissosiasjonsproblematikk. ISSD har utviklet noen retningslinjer som er basert på oppdatert vitenskap og kliniske erfaringer med denne gruppen pasienter. De viser til en faseorientert behandlingsmodell som den mest formålstjenlige for pasienter med DID-diagnose.

Brand, Loewenstein, Lanius, Pain, Myrick, Classen, McNary & Putnam (2012) gjennomførte en survey på 36 klinikere med kompetanse på behandling av DID, for å systematisk undersøke struktur og anvendelse av teknikker i behandling av DID. Deltagerne gjennomførte først en internettbasert survey forenlig med Treatment Outcome for Patients with Dissociative Disorders study, som er et internettbasert spørreskjema omkring behandleres utdannelse og kompetanse. Deretter fylte deltagerne ut et nytt internettbasert spørreskjema Treatment Activities with Dissociative Disorders (TADD) med 28 spørsmål om frekvensen av anvendte behandlingsintervensjoner ved DID. Svar skulle skaleres fra 0 (aldri brukt) til 4 (ofte brukt). Funn fra studien peker i retning av en faseorientert tilnærming, her inndelt i 5 faser. I de to første fasene implementerer klinikerne sikkerhetsstrategier, mestringsstrategier for å håndtere hverdagen, og psykoedukasjon.

Michalopoulos (2012) jobber ved Alna distriktpsikiatriske senter (DPS), og kunne i samarbeid med Modum Bad i Oslo tilby en gruppe pasienter med komplekse traumelidelser et stabiliserings – og ferdighetstreningskurs. Det ble gjennomført tre fullstendige kurs på 27 ganger. Inntak av pasienter var fra: gruppeterapieneheten Alna DPS, poliklinikkene Alna DPS og pasienter fra annet opptaksområde. Hvert kurs hadde i oppstartsfasen 2 – 3 dropouts. Til sammen 36 pasienter fullførte. Kurset ble i etterkant systematisk evaluert med sikte på å undersøke hvilke ferdigheter pasientene hadde tilegnet seg. Funn viser til fire kategorier; 1)

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

økt bevissthet rundt egne symptomer; 2) økt evne til selvregulering og tilstedeværelse; 3) tilgang på nye ferdigheter og mestringsstrategier og 4) evne til å gå fra refleks til refleksjon.

Baars, Van der Hart, Nijenhuis, Chu, Glas & Draijer (2011) ønsket å utvikle en ekspertbasert prognostisk modell for behandling av DID og PTSD i fase 1 behandling. De gjennomførte en survey i 2 runder på 42 erfarne behandlere, hvorav 22 hadde erfaring med behandling av DID og 20 hadde erfaring med behandling av kompleks PTSD. I første survey ble deltakerne bedt om å beskrive, ut fra egen erfaring, hvilke aspekter de anså som viktigst i behandling. Survey to ble anvendt på en undergruppe på til sammen 22 behandlere (13 med erfaring fra DID og 9 med erfaring fra kompleks PTSD), av de 42 utvalgte. Alle aspektene fra survey 1 ble presentert og deltagerne skulle rangere disse fra "ikke-viktig" til "svært-viktig", samt kategorisere de aspektene som, ut fra deres egen erfaring, hørte sammen. Resultatet fra studien peker i retning av å vektlegge styrking av den terapeutiske alliansen og etablering av alternative mestringsstrategier i stabiliseringsfasen.

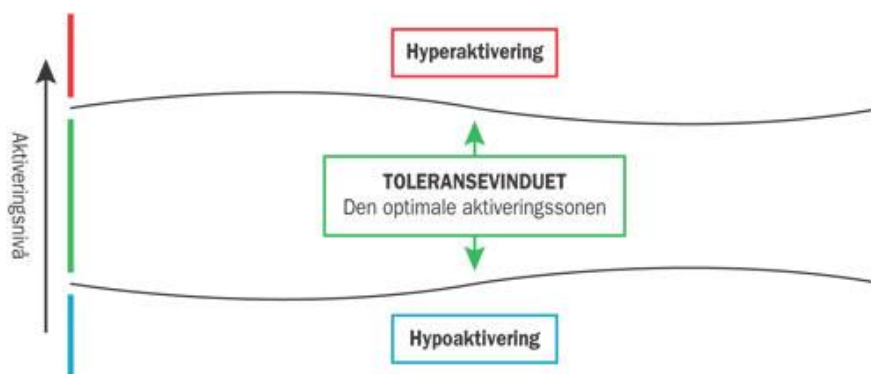
Jepsen, Langeland & Heir (2013) undersøkte mulige negative utfall fra interpersonlig stress under behandling ved dissosiasjon. Totalt 48 pasienter (45 kvinner og 3 menn) deltok i studien, som ble utført ved enheten for traumebehandling ved Modum Bad, Oslo.

Deltagerne gjennomførte et 3 måneders program som var rettet mot voksne pasienter med opplevd seksuelle overgrep i barndommen og traumerelaterte lidelser. Funn fra studien støtter antagelsen om at økte interpersonlige vansker samtidig som pasienten gjennomfører stabiliseringsfasen, fører til mindre behandlingseffekt. Det ble videre funnet signifikant reduksjon i symptomer og mindre interpersonlige vansker, etter behandling. Jepsen, Langeland & Heir (2013) konkluderer med viktigheten av å implementere alternative mestringsstrategier parallelt med stabilisering, i behandling.



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Holbæk arbeider med komplekse traumelidelser (ifølge Anstorp & Benum, 2015, s. 280). I sitt arbeid med slik problematikk, og spesielt ved DID-problematikk viser hun til at pasientene ofte opplever enten for høy kroppslig aktivering (hyperaktivert tilstand) eller en følelse av nummenhet (hypoaktivert tilstand). På bakgrunn av denne forståelsen, argumenterer hun for å arbeide med affektregulering gjennom å utvide toleransevinduet (se figur 4 for illustrasjon, tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, 2016, hentet fra Nordanger & Braarud, 2014), slik at pasienten med tiden opplever økt kapasitet til å tåle innholdet i tanker og følelser assosiert til traumeminnene.



Figur 4. Illustrasjon av toleransevinduet.

Nordanger & Braarud (2014) beskriver i sin artikkel hvilke betingelser som må være til stede for utvikling av et adekvat toleransevindu. De konseptualiserer begrepet toleransevindu som hvert individs optimale aktiveringssone, der de tenker læring og oppmerksomhet er mest skjerpet, allerede fra spedbarnsalder.

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) gjennomgår i sin erfaringsbaserte artikkel hvilke intervensjoner de tenker er mest effektive i faseorientert behandling av DID. I likhet med overnevnte studier, er deres erfaring at utvidelse av toleransevinduet er første steg

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

mot en samlet jeg-opplevelse hos pasienten. De hypotetiserer at ved å omdanne fysisk aktivering til spontane fornemmelser ved bruk av adaptive mestringsstrategier, som ankring, vil DID-pasienten over tid lære seg å regulere seg inn i den optimale aktiveringssonen. Ankring er en teknikk der pasienten skal legge merke til sine ytre omgivelser, og bruke objekter i omgivelsene for å hente seg tilbake til nåtiden (Turkus & Kahler, 2006).

Turkus & Kahler (2006) drøfter i sin erfaringsbaserte artikkel ulike effektive intervensjoner rettet mot DID-pasienter, der de nevner anvendelsen av to ulike ankringsteknikker som effektive; sensorimotorisk ankring og kognitiv ankring. Førstnevnte benytter alle fem sansene (syn, hørsel, berøring, lukt og smak) for å orientere pasienten om kroppens tilstedeværelse i nåtiden. For eksempel kan terapeuten be pasienten navngi fem objekter i terapirommet. Kognitiv ankring innebærer å orientere pasienten om eget navn, dag, dato, år og nåtids lokalisering, for å holde vedkommende i nåtiden.

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) legger i sin erfaringsbaserte artikkel videre vekt på psykoedukasjon om psykobiologiske reaksjoner som fight, flight, freeze og total underkastelse, som reaksjon på traumehendelser i stabiliseringsfasen. De postulerer at innsikt i reaksjoner etter traumehendelser er viktig for hvilken type innsikt DID-pasienten oppnår, da spesielt i spørsmålet om skyldfordeling for traumehendelsene. Deres hypotese beror på at god psykoedukasjon gir innsikt i den psykobiologiske responsens art som automatisert, i tillegg til ansvarsfordeling i et skjevt maktforhold mellom et barn og en voksen. Målet er at DID-pasienten skal slutte å bebreide seg selv.

Turkus & Kahler (2006) argumenterer på bakgrunn av sin erfaring for etablering av et trygt sted (safe place) i behandlingens først fase, der de strukturene som har behov for å trekke seg tilbake når de opplever krise, får muligheten til nettopp dette.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Videre problematiserer de imidlertid begrepsbruken trygt sted, da de i sin kliniske praksis har opplevd at traumeutsatte har negative assosiasjoner til ordene. Et eksempel de kommer med er pasienter som har opplevd å høre ordene trygt sted i forbindelse med seksuelle overgrep. For å unngå destabilisering av den traumeutsatte, foreslår de å bruke ordet helingssted for å fremme helingsprosessen og håp. Twombly (2000) forsøker å integrere EMDR-elementer i faseorientert behandling og foreslår å anvende alternerende bilateral stimulering (ABS) for å etablere et indre, imaginært helingssted. ABS er en teknikk som tar utgangspunkt i vekselvise øyebevegelser, for å fremme kommunikasjon mellom strukturene slik at de ifølge Twombly (2000) kan bli enig om innholdet i helingsstedet. Hun mener ABS over tid minker fysiologisk aktivering, som i sin tur gjør det lettere for strukturene å dele informasjon med de andre strukturene, som er nødvendig for å etablere et trygt helingssted.

ISSD viser, i tråd med overnevnte studier og erfaringsbasert kunnskap, til viktigheten av etablering av en god terapeutisk allianse, psykoedukasjon med vekt på dissosiative symptomer og forståelsen av disse, samt prinsipper som sikkerhet først og håndtering av symptomer. Retningslinjene viser spesielt til fokus på og etablering av mestringsstrategier for å håndtere destruktiv atferd som blant annet suicidalatferd, selvskading, alkohol – og narkotikamisbruk, og voldelig eller aggressiv atferd. For å oppnå prinsippet om sikkerhet, viser retningslinjene til å inngå avtaler med selvskadende-strukturer, om å unngå slik atferd.

På bakgrunn av sin erfaring, anbefaler Fraser (2003) en teknikk som terapeuter kan anvende for å etablere indre samarbeid med strukturene, og mellom dem; forhandlingsbordet (eng. Dissociative table technique). Han hevder teknikken går ut på å forsøke å samle alle strukturene til samme imaginære indre sted, for eksempel til et rundt bord, der overordnet fokus er på empati for hverandre, samt å fremme konstruktiv

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

samhandling og dialog. Han argumenterer for at indre dialog er første steg mot indre samarbeid og delt bevissthet, som han tenker er en forutsetning for økt samarbeid omkring integrering. Videre argumenterer han for at indre samarbeid og delt bevissthet fører til fusjonering og en mer samlet jeg-følelse hos pasienten.

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) tematiserer i sin erfaringsbaserte artikkel muligheten for indre konflikt mellom strukturene, som hindrer etablering av indre samarbeid. Konflikten oppstår ved at strukturene forsøker å forholde seg til hverandre, ofte i et maladaptivt og kaotisk atferdsmønster. Forfatterne vektlegger reduksjon av indre konflikt gjennom å arbeide med pasientens dype frykt for relasjoner, for tanker om traumene og følelsene knyttet til, samt frykten for dissosiert materiale. ISSD mener terapeutisk arbeid rettet mot å skape indre dialog, og i forlengelsen av dette samarbeid mellom strukturene, fortsetter i fase 2.

Funn fra studien til Brand et al. (2012) peker videre i retning av en samlet enighet mellom klinikerne i studien om en traumefokusert fase, der anvendelsen av tilpassede intervensjoner gjennomføres. Studien trekker frem bruken av tilpassede teknikker fra kognitiv atferdsterapi (KAT) for å utfordre og revurdere traumerelaterte kognisjoner, som for eksempel: "Alt sammen er min skyld", "Jeg fortjener ikke å leve" eller "Jeg kunne gjort noe annerledes". KAT teknikker inkluderte utfordring av negative tanker og følelser knyttet til egen person, som etableres på grunnlag av erfaringer i barndommen. For eksempel barn som ofte opplever negative kommentarer fra omsorgspersoner i oppveksten, tenderer til å tenke negativt om egen person inn i voksen alder.

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) redegjør i sin erfaringsbaserte artikkel for intervensjoner som terapeuten kan anvende i fase to, der hensikten er å øke evnen til å tåle

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

følelsene og tankene knyttet til de traumatiske hendelsene, til å tåle tilknytning og tap av tilknytning og følelser og tanker rundt usikker tilknytning til overgriper. De argumenterer for at intervensjoner i fase to bør rettes mot pasientens ufrivillige aktivering av kamp-, flukt-, frys- eller total underkastelsesmodus. Videre foreslår de anvendelse av en tre-stegs modell for å jobbe med frykten for de traumatiske hendelsene: (1) forberedelse, der behandlingen planlegges; 2) syntese, som fører til opphør av dissosiasjon og et begynnende narrativ, som alle strukturene etter hvert kan ta del i og 3) realisering, som fører til økt personifisering og presentifisering. Ifølge Anstorp & Benum (2015, s. 295) definerer Holbæk personifisering som evnen til å gjenkjenne traumeminnet som en hendelse i fortiden, og presentifisering som evnen til å gjenkjenne traumeminnet som en del av sin personlige historie.

ISSD spesifiserer at fase-to-arbeid bør fokusere på intervensjoner rettet mot ulike strukturer, som opplever å bære de traumatiske minnene. En slik intervensjon mener de fører til økt repertoar for følelser på tvers av ulike strukturer og pasienten som helhet blir i stand til å tåle følelser knyttet til traumene, som skam, frykt, sinne, hjelpeløshet og forvirring. Kluft & Loewenstein (2007) hevder (ifølge ISSD, 2011, s. 142) at det også i fase to er nødvendig med psykoedukasjon, da rundt behandlingen og dets rasjonale, og sannsynligheten for økt symptomtrykk i denne fasen, samt utfallet av suksessfull minnebearbeiding.

I sitt arbeid med DID-pasienter hevder Holbæk (ifølge Anstorp & Benum, 2015, s. 295) at det er viktig å ha fokus på å etablere indre samarbeid mellom personlighetsstrukturene, slik at de på sikt skal bli i stand til å håndtere tankene og følelsene. Med indre samarbeid menes her felles arbeid mellom de tilsynelatende normale delene av personligheten og de traumbærende delene, for å oppnå et felles mål: syntese. For eksempel ved å etablere et indre forhandlingsbord, som Fraser (2003) også fremhever.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

For å oppnå kommunikasjon er det nødvendig at alle strukturene hører innholdet i hva som sagt. Turkus & Kahler (2006) foreslår på bakgrunn av egen erfaring å snakke til alle strukturene samtidig ("talking through"), der terapeuten henvender seg til alle strukturene ved å be de høre etter. For eksempel kan terapeuten si "Nå ønsker jeg at alle skal høre hva jeg sier", fulgt av budskapet.

ISSD postulerer videre nødvendigheten av syntese, som er en kontrollert reaktivering av traumeminnene der terapeuten og pasienten gjennomgår en rekke korte og intensive opplevelser. Ifølge ISSD er hensikten med syntese at strukturene som opplever å være i besittelse av traumatiske minner, deler disse med strukturer som ikke er klar over eller ikke opplever dem som en del av sitt autobiografiske minne, blir kjent med innholdet. Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) argumenterer for at optimal syntese oppnås når pasienten er i stand til å holde seg innenfor sitt toleransevindu under minnebearbeiding.

Videre argumenterer de for at syntese alene ikke er tilstrekkelig for integrering. Anerkjennelse av traumets innhold som en del av ens egen personlige historie mener de er viktig for at de tilsynelatende normale delene av personligheten skal få empati for de traumbærende delene. Ifølge Anstorp & Benum (2015, s.295) fremhever Holbæk presentifikasjon og personifikasjon som en viktig del av arbeid i fase to. Hensikten med å arbeide med pasientens forståelse av traumene, er å skape et helhetlig bilde av en selv. Ifølge Anstorp & Benum (2015, s. 295) beskriver hun indre samarbeid som en dynamisk prosess, der det vil være nødvendig å stoppe opp og regulere pasienten tilbake inn i toleransevinduet før arbeidet starter opp igjen, noen ganger fra en annen synsvinkel.

ISSD argumenterer for fusjonering av strukturer når dissosiasjonen ikke lenger er nødvendig. De definerer fusjon som en prosess der to eller flere strukturer opplever å miste subjektivitet og som resultat innehar pasienten en mer samlet jeg-opplevelse.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) problematiserer mangelen på tilgjengelig litteratur for behandlingens fase tre. De argumenterer for at litteraturen fremstår som mangelfull og gir med dette inntrykk av å være mindre viktig sammenlignet med arbeid i fasene én og to. Videre hypotetiserer de at dette kan omhandle både enkelte klinikers og pasienters tro på at full bedring oppstår i fase to. De trekker frem at det i fase tre gjenstår arbeid som kan oppleves belastende for pasienten; sorgbearbeidelse over tapt barndom for å oppnå dypere personifisering og utfordringer knyttet til å håndtere nye mestringsstrategier.

ISSD har i fase tre fokus på opprettholdelse av indre samarbeid, koordinert fungering mellom strukturer og integrering. De hypotetiserer at DID-pasienter i denne fasen av behandlingen fortsetter fusjonering og opplever økt fungering. De sidestiller arbeid i den siste fasen av traumebehandling med behandlingen som ikke-traumatiserte pasienter får: økt stressmestring, økt toleranse for uønskede emosjoner som sinne eller sjalusi, og skuffelser.

I likhet med ISSD har Steele, van der Hart & Nijenhuis (2005) fokus på økt stressmestring. Videre fokuserer de på å støtte opp under terapeutisk arbeid som integrering, som de tenker forstyrres dersom pasienten opplever kriser eller nye traumatiske hendelser.

### **Eye Movement Desensitization and Reprocessing**

I senere tid har flere forskere (Twombly, 2000; Gelinias, 2003; Van der Hart, Gronendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2013, 2014; Gonzalez & Mosquera, 2012; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005) forsøkt å integrere teknikker fra EMDR inn i

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

faseorientert behandling for pasienter med DID. Det fremgår i overnevntes kunnskap at deres bidrag er erfaringsbasert. Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) advarer i sitt erfaringsbaserte kunnskapsgrunnlag om bruk av tradisjonelle EMDR-teknikker med DID-pasienter.

I likhet med Twombly's (2000) erfaringsbaserte kunnskap mener de at bruk av tradisjonell EMDR kan få negative konsekvenser for DID-pasienter. Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon (2014) belyser på bakgrunn av egen erfaring at slike konsekvenser innebærer en følelse av overveldelse, som i sin tur tenkes å føre til hyper – eller hypoaktivering, der pasienten opplever utfordringer med å holde seg inne i optimal aktiveringssone. Paulsen (1995) mener (ifølge Gelinas, 2003) blant annet at tradisjonell bruk av EMDR vil kunne føre til tilstedeværelsen av flere personlighetsstrukturer, da pasienten vil ha behov for beskyttelse ved aktivering utenfor toleransevinduet. En tenker en slik situasjon kan forsinke eller i verste fall, vanskeliggjøre bedringsprosessen.

Van der Hart et al (2013) drøfter i sin erfaringsbaserte kunnskap hvilke betingelser de mener bør være til stede før anvendelse av EMDR-teknikker hos DID-pasienter. Deres erfaring støtter en stabiliserende fase før anvendelse av EMDR-teknikker, der de i likhet med faseorientert tilnærming konkluderer med pasientens tilstedeværelse innenfor toleransevinduet for optimal traumebehandling.

Gonzales & Mosquera (2012) har i sitt kliniske arbeid med DID-pasienter tilpasset EMDR-teknikker for integrering av traumeminnene, som de har kalt "The Progressive Approach". De betegner metoden som gradvis der hensikten først er å bearbeide elementer som er assosiert til traumeminnene, for eksempel intense følelser, tanker og ytre stimuli, som for eksempel synet av en fremmed som ligner på overgriper. Deretter mener de det vil være hensiktsmessig å forsøke integrering av traumeminnene.



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Gonzalez, Mosquera & Fisher foreslår (ifølge Gonzalez & Mosquera, 2012, s.231-232) en spesifikk strategi for begynnende integreringsarbeid: "Tip of the Finger Strategy" (TFS), der hensikten er å starte med perifere elementer knyttet til traumeminnene, som tanker og følelser knyttet til traumeminnene, frykten for dissosierte deler, frykten for tilknytning og tap av tilknytning, frykten for et normalt liv, frykten for endring og frykten for intimitet (både emosjonell og seksuell).

Twombly (2000) har i sin erfaringsbaserte artikkel forsøkt å integrere EMDR for pasienter med DID. For at pasienten skal være i stand til å jobbe med frykten nevnt over, argumenterer hun for at det må etableres delt oppmerksomhet og indre samarbeid mellom strukturene. Hun postulerer tre teknikker for å fremme indre kommunikasjon og samarbeid mellom strukturer, minke angst og øke stabilisering: "Installation of Current Time and Life orientation", "[Adult] Height Orientation" og "Installation of the Therapist and the Therapist's Office".

Førstnevnte teknikk sammenfaller med Turkus & Kahler (2006) sin ankringsteknikk, der hensikten er å orientere pasienten tilbake til nåtiden, ofte ved å be pasienten legge merke til sine omgivelser. Twombly (2000) hevder på bakgrunn av egen erfaring at bruk av denne ankringsteknikken fører til minket følelse av angst, som hun tenker bidrar til optimal aktivering innenfor toleransevinduet.

Den andre teknikken retter hun mot de yngre traumbærende strukturene, som hun erfarer ofte manifesterer seg som barn. Twombly (2000) hevder at disse strukturene oppfatter seg selv som barn og intervensjoner må rettes mot å synliggjøre forskjellen mellom deres egen oppfattelse og virkeligheten. Slik etablerer hun en tydelig forskjell mellom traumetid og nåtid, og pasienten blir orientert for tid og sted.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Gonzalez, Baita & Mosquera argumenterer (ifølge Gonzalaz & Mosquera, 2012, s. 120-125) for etablering av delt oppmerksomhet for at strukturene skal være i stand til å samarbeide, og på lang sikt integrere traumeminnene. De hypotetiserer i sin erfaringsbaserte artikkel at den beste teknikken for å fremme delt bevissthet mellom strukturene, er å i første omgang dele en nøytral stimulus. Eksempler på slik stimulus kan være en sol, en vannflaske, og andre nøytrale objekter som en antar ikke utløser en triggende reaksjon hos pasienten. Videre understreker de viktigheten av å undersøke med alle strukturene at stimulus faktisk er nøytral. De hypotetiserer at delt bevissthet mellom strukturer fører til økt sannsynlighet for orientering mot nåtiden.

Twombly (2000) har deretter i sin erfaringsbaserte artikkel anvendt en teknikk kalt "Installation of the Therapist and the Therapist's Office" for å øke samarbeid mellom terapeuten og strukturene, samt opprettholde todelt oppmerksomhet hos pasienten (nåtid og traumetid) mens traumbearbeiding pågår. Ved å anvende alternerende bilateral stimulering (ABS) for å øke informasjonsflyten mellom strukturene, erfarer hun minnet mistenksomhet da alle strukturene tilegner seg samme informasjon om hennes pålitelighet. Strukturene som lever i traumetid tilegner seg informasjon om nåtiden, og blir i stand til å skille overgrepene fra fortiden ifra hendelser i nåtiden.

Både Twombly (2000) og Gonzalez & Mosquera (2012) anvender i sine møter med DID-pasienter en form for bilateral stimulering (BLS) for å jobbe med frykten for dissosierte deler, frykten for tilknytning og tap av tilknytning, frykten for et normalt liv, frykten for endring og frykten for intimitet, og de mener BLS har en de-aktiverende effekt hos denne pasientgruppen. De tenker videre at BLS er relatert til endring i fysiologisk aktivering, nærmere bestemt økt aktivering av hjerneceller ansvarlig for romlig navigering og hemming av sympatikus.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) argumenterer i likhet med Gonzalez & Mosquera (2012), for arbeid rettet mot de sinte og aggressive strukturene. De ser ut til å være enige rundt årsaken: å hindre destabilisering og muliggjøre integrering. Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) vektlegger i sin erfaringsbaserte artikkel å utvide strukturenes bevissthetsfelt utover forsvar. Gonzalez, Baita & Mosquera (2012) mener (ifølge Gonzalez & Mosquera, 2012, s. 124) dette gjøres ved å orientere disse strukturene mot den ytre verden. Videre argumenterer de ut fra egen erfaring at sinte og aggressive strukturer er låst i en indre konflikt, og arbeid rettet mot dem bør igangsettes tidlig i den terapeutiske relasjonen, for å hindre fastlåsthet i den indre verden. Steele, Van der Hart & Nijenhuis (2005) har god erfaring med å rette intervensjoner mot grensesetting overfor aggressiv atferd, mot å minke selvdestruktiv atferd og for å opparbeide adaptive mestringsstrategier. For å oppnå dette mener Gonzalez, Baita & Mosquera (ifølge Gonzalez & Mosquera, 2012, s.124) det er viktig å bevisstgjøre de sinte og aggressive strukturene på deres muligheter utover forsvar. Gonzalez, Baita & Mosquera hevder (ifølge Gonzalez & Mosquera, 2012, s.124) at ved å utvide bevissthetsfeltet til disse strukturene, vil de oppleve mindre triggering.

Når indre samarbeid og delt oppmerksomhet er oppnådd, jobber Gonzalez & Mosquera (2012, s.129) videre med bearbeiding av selve traumeminnene. I denne sammenheng argumenterer de for gradvis bearbeiding av selve minnene, der de starter med den delen av traumeminnet som pasienten best håndterer. De har erfart at en gradvis prosedyre for minnebearbeiding aktiverer den medfødte evnen til å integrere hendelser inn i autobiografisk minne. Gelinas (2003) har i sin erfaringsbaserte artikkel forsøkt å integrere EMDR-elementer inn i faseorientert behandling for å undersøke dets effekt. I likhet med Twombly (2000) hypotetiserer hun BLS som årsaken til økt evne til integrering, som tenkes å være avgjørende for bedring.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

### **Kroppsorienterte terapier**

Amlund (2012) drøfter i sin artikkel tilstedeværelsen av ulike betingelser for å oppnå effektiv traumebehandling, der overordnet mål er å etablere en følelse av ett samlet hele hos personer med indre splittelse. Hun konkluderer med at terapi må berøre alle opplevelseshnivåer – det kroppslige, det emosjonelle og det kognitive – for å ha effekt. Videre argumenterer hun at dersom pasienten opplever utfordringer rundt å differensiere hvilket opplevelseshnivå som trigges, bør terapeutisk intervensjon fokusere på individuelt arbeid med det kroppslige, det emosjonelle og det kognitive.

Nordanger & Braarud (2014) drøfter i sin artikkel modellen for toleransevinduet, der de synliggjør regulering av nervesystemet for å oppnå kroppslig og følelsesmessig aktivering innenfor toleransevinduet. Ved komplekse traumereaksjoner hevder de regulering best gjøres gjennom interpersonlig regulering eller selvregulering. Holbæk tematiserer (ifølge Anstorp & Benum, 2015, s.282) DID-pasienters utfordring med å anvende interpersonlig regulering, da det tenkes at deres tidlige negative relasjonelle erfaringer vanskeliggjør prosessen. Videre refererer Anstorp & Benum (2015, s.282) til Holbæk som hevder DID-pasienter er i behov av både interpersonlig regulering og selvregulering for å oppnå bedring.

Holbæk tematiserer (ifølge Anstorp & Benum, 2015, s.299) tilfeller der personlighetsstrukturene ikke er klart avgrenset for hverandre. Dersom den kroppslige aktiveringen ikke reduseres, på tross av minnebearbeidelsen, mener hun det kan være gunstig med en kroppsorientert tilnærming, spesifikt sensorimotorisk tilnærming i behandling av DID.

Ogden & Minton (2000) trekker frem en kroppslig rettet (bottom-up) og en kognitiv rettet (top-down) sensorimotorisk bearbeidelse av traumeminner som effektive. Ved å anvende bottom-up mener forfatterne at de nyere deler av hjernen (neocortex), som er

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

avhengig av optimalt fungerende limbisk system og hjernestamme, vil være i stand til å orientere seg til nåtid. Pasienter med DID vil oppleve at de eldre delene av hjernen (jf det limbiske system og hjernestammen), som utløser responsene kamp, flukt, frys og total underkastelse, dominerer. Videre problematiserer de bruk av top-down grunnet neocortex sin avhengighet av eldre hjernestrukturers optimale fungering, for selv å kunne regulere strukturer.

Grigsby & Stevens (2000) hevder (ifølge Anstorp & Benum, 2015, s.299) at den aktive mekanismen i sensorimotorisk bearbeidelse av traumeminner, er at fysiske handlinger gis ny mening gjennom bruk av bottum-up der "pasienten følger impulsen fra kroppen for å se hvor den leder" (s.299).

Fisher (2011) redegjør i sin artikkel for sensorimotorisk psykoterapi, der hensikten er å regulere dysfunksjonell affekt subkortikalt. Hun hypotetiserer at sensorimotorisk psykoterapi er effektiv for behandling av komplekse traumereaksjoner grunnet tilnærmingens fokus og dysregulering av det sympatiske nervesystemet ved DID. Hun argumenterer for at delt oppmerksomhet øker evnen til å tenke klart ved at reaktivitet minker og gradvis gjenopprettes aktivering inn i toleransevinduet. Når aktiveringen holder seg innenfor toleransevinduet, reduseres dysfunksjonell affekt. En slik reorganisering av traumeopplevelsen føre over tid til et velregulert nervesystem. Hun mener kroppen slik opplever at traumehendelsen er over.

## Diskusjon

Formålet med denne litteraturgjennomgangen var å summere og drøfte forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap rundt mekanismene i effektiv behandling av DID. Da det forelå få relevante empiriske studier knyttet til temaet, tok

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

litteraturgjennomgangen i stor grad utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap, altså publikasjoner hvor behandlere drøfter deres egne erfaringer med virkningsfulle mekanismer i behandling av DID. Implikasjoner knyttet til hovedfunn vil følgelig bli drøftet.

Det første hovedfunnet fra litteraturgjennomgangen peker i retning av fellestrekk mellom de ulike behandlingstilnærmingene inkludert i denne studien. Det første og kanskje viktigste fellestrekket er behovet for en stabiliserings – og symptomreduksjonsfase, der hensikten er å gjøre pasienten i stand til å håndtere tanker og følelser knyttet til traumeminnene. En slik fase kaller Van der Hart et al (2013) for en forberedende fase, mens Anstorp & Benum (2015) kaller den for stabiliseringsfasen (s. 37). Uten en slik forberedende fase i behandlingen risikerer terapeuten at pasienten opprettholder et maladaptivt atferdsmønster med for eksempel selvskading, bruk av alkohol eller narkotika for å selvmedisinere eller annen skadelig atferd.

Et annet fellestrekk mellom de ulike behandlingstilnærmingene ser ut til å handle om å skape trygghet og forutsigbarhet hos DID-pasienten. En tenker at denne pasientgruppen har særlige utfordringer knyttet til relasjoner med andre mennesker, nettopp på grunn av deres tidlige negative erfaringer med mennesker en i utgangspunktet skal kunne stole på og fungerer som rollemodell for hva en kan forvente i relasjon til andre. Det vil derfor være av stor betydning at terapeuten er i stand til å etablere trygghet og forutsigbarhet i pasient-terapeut relasjonen. Terapeuten kan oppnå dette ved konsekvent atferd overfor alle de ulike personlighetsstrukturene, på tvers av tid. Uten tillit til terapeuten vil kampstrukturene fortsette å beskytte pasienten slik at terapeuten ikke kommer i posisjon til å kunne hjelpe.

Et tredje fellestrekk på tvers av foretrukket behandlingsmetode ser til å være aktivering innenfor pasientens optimale aktiveringssone i toleransevinduet, slik at en er i stand til å forholde seg til tanker og følelser knyttet til traumeminnene. Dette funnet står i

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

samsvar med funnet om en stabiliserings- og symptomreduksjonsfase, og en kan tenke at arbeid med toleransevinduet er en metode for å oppnå stabilisering og symptomreduksjon.

Et annet funn fra litteraturgjennomgangen viser til at de ulike behandlingstilnærmingene også har noen særegenheter. Sammenlignet med en mer tradisjonell behandlingsform som kognitiv atferdsterapi (KAT), tar faseorientert behandling utgangspunkt i spesifikke faser med tilhørende behandlingsmål. Pasienten kan bevege seg fleksibelt mellom de ulike fasene basert på behov, der anvendelsen av spesifikke intervensjoner definerer hvilken fase en befinner seg i.

Flere av de inkluderte erfaringsbaserte artiklene (Twombly, 2000; Gelinas, 2003; Van der Hart, 2014) viser til bruk av bilateral stimulering, også i EMDR for dissosiativ identitetslidelse. Endring i fysiologisk aktivering ved bruk av bilateral stimulering der øynene beveges rytmisk ved å observere terapeutens bevegende fingre, antar forskerne er den mekanismen som fører til bedring hos pasientgruppen som mottar EMDR-behandling for DID. Bruk av BLS som metode anvendes kun i EMDR av de inkluderte behandlingstilnærmingene, og en tenker derfor at intervensjonen er EMDR-spesifikk.

I kropporienterte terapier, til forskjell fra prateterapier som KAT, har tilnærmingen et bottum-up fokus, der somatiske symptomer på traumet er inngangsporten. Intervensjonene rettes mot pasientens kroppslige opplevelser knyttet til traumet for å regulere hjernens og nervesystemets automatiske respons på traumeminnene. Ved kontrollert fremkalling av de fragmenterte, kognitive, emosjonelle og sensorimotoriske responsene innenfor pasientens toleransevindu, blir det mulig å fremme nye, adaptive responser som fører til integrering av traumeminnene i kombinasjon med kroppslige reaksjoner og emosjoner.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Kroppsorienterte intervensjoner ansees som særdeles viktige i behandling av DID, da denne pasientgruppen ofte mangler verbalt språk for sine opplevelser. De blir styrt av kroppens automatiske responser og mangler forståelse for det som skjer. Bruk av kroppsorienterte intervensjoner er med på å skape forståelse av egen person og årsaken til deres plager.

Et tredje funn fra litteraturgjennomgangen er relatert til anvendelsen av behandlingsintervensjoner for å integrere både strukturene og selve traumehendelsen, der hensikten er å oppnå en mer samlet jeg-opplevelse uavhengig av behandlingstilnærming. Ulike intervensjoner kan anvendes på tvers av tilnærming for å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient. Ankringsteknikker kan anvendes så vel i en faseorientert tilnærming som i en kroppsorientert tilnærming, for å orientere pasienten til nåtid-og sted. En orientering mot at traumetid er over, kan føre til minket stress og økt informasjonsbearbeiding, i henhold til modellen for toleransevinduet.

Det er ikke uvanlig at intervensjonene forhandlingsbordet ("The dissociative table") og å snakke til alle strukturene samtidig ("talking through") anvendes, både i faseorientert tilnærming og i EMDR for DID, for å opprette samarbeid mellom strukturene, som ansees som en forutsetning for samarbeid og integrering. Rasjonale bak anvendelsen ligger i at det er mulig for strukturene å dele informasjonen de er i besittelse av, når de samarbeider. De strukturene som deler informasjonen om traumene opplever å miste sin subjektivitet da flere strukturer bærer på samme elementer. Sannsynligheten for fusjonering øker, der en regner med de siste strukturene integreres.

Et fjerde funn fra litteraturgjennomgangen gjenspeiler potensialet for bedring ved de ulike tilnærmingene. Faseorientert tilnærming blir ansett som den beste behandlingen for DID, nettopp fordi det har vist seg å være effektivt å behandle problematikken i faser,



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

tilpasset hver enkelt pasient. I nyere tid har andre behandlingstilnærminger fått

anerkjennelse i behandling av DID, for eksempel EMDR for DID og kropporientert terapi.

Som tidligere nevnt i denne oppgaven er standard EMDR ikke å anbefale ved DID, da en tenker dette kan føre til økt symptomtrykk hos pasienten. Gonzalez & Mosquera (2012) har derfor utviklet en tilpasset EMDR-protokoll for DID-pasienter, som de kaller "The Progressive Approach". I motsetning til standard EMDR, anvender ikke EMDR for DID teknikker for å bearbeide selve traumeminnet umiddelbart. EMDR for DID tar utgangspunkt i en gradvis tilnærming der første steg er å bearbeide assosiasjoner omkring traumeminnene. Ved å fokusere på omkringliggende elementer helt til pasienten føler seg komfortabel med dette, holdes pasienten til enhver tid innenfor sitt toleransevindue, som fører til økt informasjonsbearbeidelse.

Kropporienterte terapier viser å være effektive da DID-pasienter ofte mangler både verbalt språk, som nevnt tidligere, og opplever automatiserte kroppslige responser på stimuli som i utgangspunktet er nøytrale. Alt i alt fremgår det av litteraturgjennomgangen at de inkluderte behandlingstilnærmingene alle har sine styrker ved behandling av DID. Det vil derfor være formålstjenlig å kombinere intervensjoner fra de ulike tilnærmingene, i en faseorientert modell tilpasset hver enkelt pasient.

### **Begrensninger ved litteraturgjennomgangen**

Det foreligger flere begrensninger ved denne litteraturgjennomgangen, der resultatene må sees i lys av disse. For det første foreligger begrensninger knyttet til metodebruk. Da systematiske søkeresultat ikke gav stort nok antall empiriske studier, gikk søket til dels bort fra Moher og kollegaers (2009) Prisma checklist.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

For det andre kan det foreligge begrensninger i typen anvendte søkeord. For eksempel kan det tenkes at økt antall litteratursøk med avgrensede søkeord, ville resultert i flere empiriske studier.

For det tredje foreligger begrensninger ved få inkluderte empirisk studier i litteraturgjennomgangen, da det for tiden eksisterer få empiriske studier på behandling av DID, uavhengig av behandlingstilnærming. Det kan tenkes at mangelen på empiriske studier av DID skyldes pasientgruppens særlige sårbarhet og tidsperspektivet på behandlingen, der pasienten ofte får behandling over flere år.

DID-pasienters sårbarhet kan tenkes å reise en rekke etiske spørsmål omkring forsvarligheten ved å gjennomføre studier på denne pasientpopulasjonen, da sannsynligheten for økt symptomtrykk ved feilbehandling, er stor. En annen hypotese rundt mangelen på empiriske studier kan være manglende interesse for, eller anerkjennelse av diagnosens eksistens innenfor visse miljøer. I tråd med en slik tankegang er det sannsynlig at økt interesse for, og anerkjennelse av diagnosens tilstedeværelse, fører til økt antall empiriske studier.

Imidlertid eksisterer et stort antall erfaringsbaserte publikasjoner angående DID, der behandlere som i sin praksis har møtt pasientgruppen, rapporterer hvilke mekanismer de opplever som virksomme i behandlingen.

For det fjerde foreligger begrensninger ved de inkluderte empiriske studiene. Studiene bestod av et lite utvalg, ofte der N= under 50 stykker, noe som utfordrer validiteten og generaliserbarheten av funnene ifra de respektive studiene.

For det femte foreligger begrensninger ved både de inkluderte empiriske studiene og erfaringsbaserte artiklene, da ingen oppgir å bruke kontrollgruppe. Manglende

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

kontrollgruppe kan vise seg å være problematisk for resultatene, da en ikke har andre metoder å kontrollere for resultatet av behandlingen, på.

Den sjettede, og kanskje største svakheten, er bruk av 10 erfaringsbaserte artikler i litteraturgjennomgangen. Et krav til forskning er at den skal være etterprøvbare der andre forskere har muligheten til å replisere funn fra studien. Da er det nødvendig at studien er fundert på objektiv, etterprøvbare kunnskap. Bruk av erfaringsbasert kunnskap, der behandlere argumenterer for egne hypoteser uten å støtte seg til objektiv kunnskap, gjøre det vanskelig å replisere studien da konklusjonen i slik empiri er basert på egen erfaring. Resultatene må dermed fortolkes i lys av at de i stor grad ikke er basert på vitenskapelige forskningsmetoder, og en vet dermed ikke om de rapporterte mekanismene er virkningsfulle.

### **Videre forskning**

Videre forskning bør, som nevnt over, fokusere på etablering av empiriske studier av behandling av DID, da det per idag foreligger et lite antall. Mer spesifikt er min anbefaling at fasene 2 og 3 i faseorientert behandling, undersøkes nærmere for å etablere sikker kunnskap omkring bedringsprosessen. Også når det gjelder EMDR for DID og kropporientert behandling, gav søkerresultatet mest erfaringsbasert empiri. Det tenkes derfor at det er nødvendig med empiriske studier for å kunne gi objektiv kunnskap omkring aktive mekanismer i behandling.

Da inkluderte studier i litteraturgjennomgangen ikke inkluderte en kontrollgruppe i sine eksperimenter, er min anbefaling å anvende slik gruppe ved gjennomføring av empiriske studier, for å oppnå valide og etterprøvbare resultater omkring årsaken til bedring i symptomtrykk.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

I tillegg bør videre forskning fokusere på årsakssammenhengen mellom underdiagnostisering av DID og kompetansenivå rettet mot slik problematikk, da en tenker at økt kompetanse på differensialdiagnostisering mellom DID og andre alvorlige lidelser vil kunne føre til korrekt diagnose i tilfeller med mistanke om DID. Først da blir det mulig å gi rett behandling.

## **Konklusjon**

Konklusjonen fra litteraturgjennomgangen er at det foreligger få empiriske studier på behandling av DID, uavhengig av behandlingstilnærming. Et slikt funn er til dels overraskende, da diagnosen de siste årene har blitt noe mer anerkjent, og til dels forventet, da denne diagnosen ikke er like utbredt som for eksempel depresjon og angst. I tillegg er det noe bekymringsverdig at det ikke foreligger flere empiriske studier på behandling, da Foote et al (2006) fant at 6 % av pasientene i studien deres kvalifiserte for en DID-diagnose. Lidelsen er av alvorlig art og uten rett behandling kan utfallet for den enkelte bli fatalt.

Litteraturgjennomgangen kan i all hovedsak konkludere med at det er mange mekanismer som kan være virkningsfulle i behandling av DID. Grunnet mangel på empiriske studier som tar for seg dette, er det vanskelig å si noe mer spesifikt om slike mekanismer. Videre viser litteraturgjennomgangen at behandlere opplever at det er enkelte sentrale elementer og mekanismer som fungerer, der disse ikke er undersøkt empirisk. Av denne grunn er konklusjonen at det trengs flere empiriske studier på effektive mekanismer ved behandling av DID.

Til tross for overnevnte begrensninger ved litteraturgjennomgangen, antas det å foreligge styrker. Den første styrken antas å være knyttet til å gjøre DID til en mer anerkjent diagnose i fagmiljøet. Den andre styrken bygger delvis videre på den første og er til dels

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

knyttet til diagnostisering og behandling. Ved at flere fatter interesse for diagnosen tenker en at det vil føre til økt kunnskap rundt diagnostisering av DID. Korrekt diagnostisering vil i sin tur tenkes å føre til formålstjenlig behandling.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Referanser:

Ainsworth, M. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(44), 709-716.

Amlund, E. (2012). Interpersonlig traume og kropporienterte psykoterapier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 1074 – 1079.

Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*, 2(ed), Universitetsforlaget 2014.

Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2012). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*, 4ed, Universitetsforlaget 2006.

Baars, E.W., Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Chu, J.A., Glas, G., & Draijer, N. (2011). Predicting Stabilizing Treatment Outcomes for Complex Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Identity Disorder: An Expertise-Based Prognostic Model. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 67-68. Doi:10.1080/15299732.2010.514846.

Benum, K. (2015). Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjonen. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 52-77). Universitetsforlaget, Oslo.

Boon, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2015). *Traumerelatert dissosiasjon – Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*, 2(ed), Modum Bad 2015.

Braarud, H.C., & Nordanger, D.Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968 – 972.

Brand, B.L., & Loewenstein, R.J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 52-65.

Brand, B.L., Loewenstein, R.J., Lanius, R., Pain, C., Myrick, A.C., Classen, C.C., McNary, S.W., & Putnam, F.W. (2012). A Survey of Practices and Recommended Treatment

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Interventions Among Expert Therapists Treating Patients with Dissociative Identity Disorder and Dissociative Disorder Not Otherwise Specified. *Psychological Trauma: Theory, Research and Policy*, 4(5).

Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 103, 670 – 686.

Bækkelund, H. & Berg, A.O. (2015). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*(s. 78 – 99). Oslo: Universitetsforlaget.

Chu, J.A. (2005). Guideline for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults (2005) International Society for Study of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 69-149.

Dorahy, M. J., Brand, B.L., Sar, V., Kruger, C., Stavropoulos, P., Martinez-Taboas, A., Lewis Fernandes, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417

DSM – V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fisher, J. (2011). Sensorimotor approaches to trauma treatment. *Advances in psychiatric treatment*,17, 171-177 doi: 10.1192/apt.bp.109.007054.

Foote, J.B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorder in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.

Fraser, G.A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited. Revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and Ego-State Therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 5-28.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Friedl, M.C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients.

*American Journal of Psychiatry, 157, 1012-1013.*

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H.M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 249-257.*

Gelinas, D.J. (2003). Integrating EMDR into phase – oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation, 4(3), 91 – 135.*

Gonzalez, A., Baita, S. & Mosquera, D. (2012). Working Toward Integration: Co Consciousness and Connection. I A. Gonzalez & D. Mosquera (Red.), *EMDR and Dissociation: The Progressive Approach*(s. 119 – 138). Polen: Amazon Fulfillment.

Gonzalez, A. & Mosquera, D. (2012). EMDR and Dissociation: The Progressive Approach. 1<sup>st</sup> ed. Rev.ed. ISBN-13:978-84-615-9070-1.

Gonzalez, A., Mosquera, D. & Fisher, J. (2012). Trauma Processing in Structural Dissociation. I A. Gonzalez & D. Mosquera (Red.), *EMDR and Dissociation: The Progressive Approach*(s. 229 - 251). Polen: Amazon Fulfillment.

Goodman, G.S., Ogle, C.M., Block, S.D., Harris, L.S., Larson, R.P., Augusti, E.M., ... Urquiza, A. (2011). False memory for trauma-related Deese-Roediger-McDermott lists in adolescents and adults with histories of child sexual abuse. *Development and Psychopathology, 23, 423 – 438.*

Grey, N., Young, K., & Holms, E. (2002). Cognitive restructuring with reliving: A treatment for peritraumatic emotional “hotspots” in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30, 37 – 56.*



Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Holbæk, I. (2015). Indre samarbeid – Faseorientert arbeid med dissosiative lidelser. I T.

Antorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*(s. 280 – 305). Oslo: Universitetsforlag.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. (2011).

*Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 188-212.

Jepsen, E.K.K., Langeland, W., & Heir, T. (2013). Impact of dissociation and interpersonal

functioning on inpatient treatment for early sexually abused adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 4: 22825 – <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22825>.

Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering – det viktigste leddet i traumebehandling?

Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 652 – 657.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for

systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264 – 269.

Nordanger, D.Ø. (2015). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp & K.

Benum(Red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*(s. 39 51). Oslo: Universitetsforlaget.

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet

som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530 536.

Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M. & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma

disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 1086 – 1090.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

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.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The Emerging Psychobiology of Trauma-related dissociation and dissociative disorders. *Biological Psychiatry*: Edited by H. D'haenen, J.A. den Boer & P. Willner. ISBN 0-471-49198-5.

Ogden, P. & Fisher, J. (2006b). A sensorimotorisk approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 263-279.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 1-20.

Porges, S.W. (2003). The polyvagal theory. *Physiology and Behavior*, 79(3), 503-513.

Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7 – 66.

Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Phase – oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma – related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.

Stien, P. T. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. New York: Routledge.

Sønstebo, I. (2007). Komplekse traumer - komplekse løsninger: Et kritisk perspektiv på diagnostisering og behandling av barn utsatt for relasjonstraumer. *Hovedoppgave Universitetet i Oslo*.

Hva er virksomme mekanismer i behandling av DID, og hvilke mekanismer erfarer behandler som virksomme og sentrale i behandling?

Turkus, J.A., & Kahler, J.A. (2006). Therapeutic Interventions in the Treatment of Dissociative Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 245-262. DOI:

10.1016/j.psc.2005.10.015.

Twombly, J.H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 61-81.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2013).

Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in the stabilization phase. *Journal of EMDR practice and research*, 7(2), 81-93.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2014).

Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 2 and 3 treatment. *Journal of EMDR practice and research*, 8(1), 33-47.

Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293 – 217.

Van der Kolk, B.A. & Bessel, A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401– 408.

Zoellner, L.A., Foa, E.B., Brigidi, B.D. & Przeworski. (2000). Are Trauma Victims Susceptible to “False Memories?”. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3). 517 – 524.