



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Nøkkelen til de låste dørene: En metasyntese av hvordan mennesker med dissosiativ identitetsforstyrrelse opplever bedring i terapi***

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

Stephen Richard Larson

Vår 2022

## Summary

Dissociative identity disorder is a psychological disorder considered to be on the severe end of the dissociative disorder spectrum. This dissertation used a meta-ethnographic approach to answer the research question, “How do people with dissociative identity disorder experience that therapy has aided their recovery?” Theoretical understandings of the etiology of dissociative identity disorder are presented. Multi-modal, phasic, trauma-focused therapy is explored as this is the therapy recommended by the International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). A literature search identified 8 qualitative studies that met the criteria to be included in the meta-ethnography. Noblit and Hare recommend three levels of analysis, each of which was used here. A reciprocal translational analysis identified three metaphors; *Experience of the therapist as a safe person*, *This will be a long process*, and *The therapeutic relationships*. A refutational analysis identified two metaphors; “*Where are the boundaries?*”, and “*Don’t hunt after the truth*”. Finally, a lines-of-argument analysis found four metaphors; *A map of uncharted territory*, *Safety is the key to the locked doors*, *Retrieving tools that work*, and *Let the patient show you the way*. These findings are discussed in light of each other and of previous findings from research on psychotherapy and specifically therapy with people who have received a dissociative identity disorder diagnosis.

*Keywords:* Dissociative identity disorder, meta-ethnography, meta-synthesis, trauma-focused therapy.

### Sammendrag

Dissosiativ identitetsforstyrrelse er en psykisk lidelse som vurderes å være på den alvorlige side av dissosiasjonslidelses-spektrumet. Denne hovedoppgaven brukte en metaetnografisk tilnærming for å besvare problemstillingen “Hvordan opplever personer med DID at terapi har bidratt til bedring?”. Teoretiske tilnærminger til etiologien av dissosiativ identitetsforstyrrelse blir gjort rede for. Faseorientert traumebehandling forklares ettersom det er den tilnærmingen som blir anbefalt av “The International Society for the Study of Trauma and Dissociation” (2011). Et litteratursøk identifiserte 8 kvalitative studier som oppfylte kriteriene for å inkluderes i denne metaetnografi. Noblit og Hare anbefaler tre nivå med analyse (1988; 1999), og hver av disse ble brukt her. En gjensidighetsanalyse identifiserte tre metaforer; *Opplevelse av terapeuten som en trygg person*, *Dette blir en lang prosess*, og *De terapeutiske relasjonene*. En refutasjonsanalyse identifiserte to metaforer; *Hvor går grensen?* og *Ikke jakt etter sannheten*. Til slutt ble en lines-of-argument analyse brukt, og fire metaforer ble funnet; *Et kart over ukjent territorium*, *Trygghet som nøkkelen til de låste dørene*, *Å finne fram til verktøyene som fungerer*, og *La pasienten vise veien til bedring*. Disse funnene ble diskutert både i forhold til hverandre og til forskning på psykoterapi, ikke minst forskning på terapi med mennesker med en dissosiativ identitetsforstyrrelse diagnose.

*Nøkkelord:* Dissosiativ identitetsforstyrrelse, metaetnografi, metasyntese, traumebehandling

Introduksjon.....	6
Forståelsen av Dissosiasjon og Dissosiativ Identitetsforstyrrelse.....	7
Behandlingen av Dissosiativ Identitetsforstyrrelse.....	13
Fase 1 .....	16
Fase 2 .....	16
Fase 3 .....	17
Problemstilling .....	17
Metaetnografi .....	19
Analyseprosessen.....	20
Litteratursøk.....	22
Utvalg .....	24
Kvalitetskriteria .....	24
EPICURE.....	30
Refleksivitet.....	31
Resultater .....	37
Gjensidig oversettelsesanalyse .....	37
Lines-of-Argument Syntese.....	37
Tema 1: Et kart over ukjent territorium.....	40
Tema 2: Trygghet som nøkkelen til de låste dørene.....	42
2a) Er vi fysisk trygge?.....	42
2b) Er vår indre verden trygg? .....	43
2c) Hvor går grensen? .....	44
2d) Uten trygghet går vi ikke videre.....	45
Tema 3: Å finne fram til verktøyene som fungerer.....	46
3a) Mange veier til Roma.....	47
3b) Vet du hva det går i? .....	48
Tema 4: La pasienten vise veien til bedring.....	49
4a) Gå med oss framfor å lede oss.....	50
4b) Ikke jakt etter sannheten.....	51
4c) Et helhetlig syn på pasienten. ....	52
Diskusjon .....	53
Implikasjoner.....	57
Begrensninger .....	59

Nøkkelen til de låste dørene: En metasyntese

5

Konklusjon..... 60

## Introduksjon

I denne oppgaven skal jeg gjennomføre en metasyntese av kvalitativ forskning for å forstå hvordan mennesker med dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) kan få en best mulig behandling med sensitivitet for deres særskilte symptomer og opplevelser for at de kan få et best mulig terapiutfall. Allerede midt på 1890 tallet var fenomenet dissosiasjon erkjent som psykologisk fenomen av Pierre Janet. Dette var i forbindelse med hans erfaringer fra behandlingen av det som ble kalt for hysteri (Janet, som sitert i van der Hart & Friedman, 1989). Han opplevde at mennesker kunne endre sin bevissthetstilstand mens de hadde hysteriske episoder. Pasienter kunne endre deres opptreden, snakke med en mor som ikke var der, og ellers handle på en måte som var i tråd med traumene de hadde opplevd (Herman, 2015). Nå er ikke selve diagnosen 'hysteri' i bruk, men dissosiasjon som fenomen og som et symptom av forskjellige psykologiske lidelser blir fortsatt forsket på. Samtidig er det uenighet om hva dissosiasjon er. I Verdens helseorganisasjon sitt diagnosesystem, ICD-10, blir det listet dissosiativ amnesi, dissosiativ fugue, dissosiativ stupor, dissosiativ motoriske forstyrrelser, dissosiative krampetilstandet, dissosiativ følelseløshet og sanseutfall, blandet dissosiativ lidelse, Gansers syndrom, Multippel personlighet, forbigående dissosiative lidelser, andre spesifiserte dissosiative lidelser og uspesifisert dissosiativ lidelse som utgjør dissosiasjons lidelsene (WHO, 1993). I den American Psychiatric Association sin diagnosemanual, DSM-V, listes det Dissosiativ identitetsforstyrrelse, dissosiativ amnesi, dissosiativ amnesi med dissosiativ fugue, depersonaliserings/ derealiseringslidelse, andre spesifiserte dissosiativ lidelse og uspesifisert dissosiativ lidelse (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

I introduksjonen skal jeg først redegjøre for dissosiasjon sånn at DID kan bedre forstås. Informasjon om prevalens av dissosiative lidelser i den psykiatriske populasjonen skal

presenteres. Etterpå skal det snevres inn mot DID – symptomer på den og utbredelsen i den kliniske og generelle populasjonen. Noen etiologiske modeller som forsøker å forklare hva DID er og hvordan det oppstår skal gjennomgå. Videre skal det gjengis en tilnærming til behandlingen av DID – faseorientert traumebehandling. Dette for å forklare hvordan mange eksperter forstår og behandler DID nå, og for å bedre plassere funnene som blir gjort her.

### **Forståelsen av Dissosiasjon og Dissosiativ Identitetsforstyrrelse**

Dissosiasjon er en tilstand der de vanlige bevissthetsprosessene – persepsjon, hukommelse og identitet – blir forstyrret (Hirakata, 2009). The International Society for the Study of Trauma and Dissociation, eller ISSTD, hevder at dissosiasjon kan forstås som et naturlig biologisk svar på fare. Det forstås slik at svekkelser oppstår i informasjonsintegrering. Både persepsjoner, oppmerksomhet og hukommelse svikter, noe som oppleves som en følelse av manglende kontakt med seg selv og/eller miljøet (2011). Her kan det skilles mellom vanlige former for dissosiasjon, som dagdrømming, og de mer alvorlige formene for dissosiasjon som ved dissosiative lidelser. Dissosiative lidelser innebærer da at man gjentatte ganger over tid opplever å være fraværende på en måte som påvirker ens fungering enten det er atferdsmessig, kognitivt, perseptuelt og identitetsmessig – noe som har en påvirkning på den sosiale-, arbeids-, skole-, og/eller daglige fungering (American Psychiatric Association, 2013). I tillegg til dissosiative lidelser som defineres av DSM-V så er det flere lidelser som kan innebære dissosiasjon, som ved PTSD, kompleks PTSD og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2013). I ICD-10 kalles dissosiative lidelser også for konversjonslidelser der innebærer svikt i integrasjonen av minner med nåværende sanseinntrykk og identitetsbevissthet (World Health Organization, 1993). Det er rapportert at 29% av den kliniske populasjonen og 12-28% av polikliniske pasienter har en dissosiativ lidelse (Zeligman et

al., 2017). Til tross for dette har forskning funnet at kun 21% av behandlere beskriver at de har kompetansen til å behandle personer med moderat til høy dissosiativ atferd (Leonard et al., 2005). En forståelse for slike lidelser er derfor viktig i klinisk praksis hva gjelder det etiske prinsippet om kompetanse, og gode verktøy og strategier bør tilegnes for at man som psykolog er utrustet til å ta imot disse pasientene (Norsk Psykologforening, 1998; Øvreeide, 2013).

Den dissosiative lidelsen som ansees som mest alvorlig kalles for dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID). Ifølge DSM-V er DID (300.14) en lidelse som innebærer forstyrrelse av identiteten, slik at det oppleves å være to eller flere atskilte personligheter. Hver av disse personlighetene har egne kognitive prosesser, atferd og sensomotorisk fungering (American Psychiatric Association, 2013). Lidelsen innebærer hukommelsestap for både hverdagslige hendelser, viktig personlig informasjon og traumatiske hendelser (American Psychiatric Association, 2013). Ifølge ICD-10 er multippel personlighet (F44.81), eller DID, en sjelden lidelse der et individ har to eller flere atskilte personligheter (World Health Organization, 1993). Disse personlighetene skal ha egne minner, atferd, preferanser, og væremåte i forhold til personen sin premorbid personlighet. Til forskjell fra DSM-V så anser ICD-10 DID som en sjelden lidelse som er kulturspesifikk og noe som kan bli oppfunnet av pasienten. Denne teorien – iatrogenic theory – diskuteres under. På grunn av en rikere beskrivelse og mer utfyllende informasjon om diagnosen og dens symptomer, skal denne oppgaven ta utgangspunkt i DSM-V diagnosen (American Psychiatric Association, 2013).

DID er en særlig komplisert lidelse der det ofte finnes komorbide lidelser. Disse kan være alt fra depresjonslidelser, angstlidelser, emosjonell-ustabil personlighetsforstyrrelse og andre personlighetsforstyrrelser, PTSD, kompleks PTSD, spiseforstyrrelser og risikoatferd som selvmordsforsøk og selvskading (Brand et al., 2009; Dorahy et al., 2014; Hunter, 2016). Noen



anslår at det er ca. 1% av den generelle befolkningen, og 1-20% av polikliniske og kliniske pasienter som oppfyller kravene for en DID diagnose (Fox et al., 2013; Sar, 2011). Kliniske tall for Norge ble rapportert å være 4.9% i en studie (Ross et al., 2002), men tall for den generelle befolkningen i Norge ble ikke rapportert. En studie fra Finland fant en prevalens på 14% blant polikliniske pasienter og 21% blant pasienter innlagte på psykiatriske sykehus (Lipsanen et al., 2004). Pasienter som oppfyller kravene for en DID diagnose får i gjennomsnitt 4 diagnoser før de får den rette diagnosen, og det tar i gjennomsnitt 6-7 år fra symptomene presenterer seg til personen får den rette diagnosen (Ross, 1989; Reinders et al., 2019).

Ofte blir det sagt i litteraturen at DID er en kontroversiell diagnose (Gillig, 2009; Lilienfeld et al., 1999; Lilienfeld & Lynn, 2003). Noen mener DID er en kontinuumsdiagnose der den ligger på et kontinuum med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Howell, 2008), schizofreni (Morrison et al., 2003) eller PTSD (van der Hart et al., 2010). Andre teoretikere mener at DID ikke finnes, at symptomene er et resultat av at noen pasienter er suggestible og naive og at symptomene fremkommer av at terapeuten foreslår dem eller av andre sosiale årsaker (Lilienfeld et al., 1999). Dette er kjent som "Iatrogenic theory". Tilhengere av denne teorien mener symptomene oppstår etter pasienten har begynt i terapi, og at mange av de traumatiske minnene som mennesker med DID har er minner de har laget (Lilienfeld & Lynn, 2003; Allmann, 2013). Denne teorien er den eneste som finnes under F44.81 diagnosen i ICD-10, selv om det finnes lite eller ingen empirisk støtte for denne teorien (Brown et al., 1999; ISSTD, 2011; Allmann, 2013; WHO, 1993).

Andre teoretikere bruker en traumeinformert etiologisk modell. Ifølge denne typen etiologisk modell så oppstår DID på grunn av barndomstraumer, som er en forståelse basert på en traumemodell. Slike modeller kan spores tilbake til Janet (ISSTD, 2011). Janet postulerte to

funksjoner av det menneskelige sinnet; atferd som ivaretar og gjenskaper, og atferd som har som mål å syntetisere for å skape noe nytt (Janet, som sitert i van der Hart & Friedman, 1989). Han forstod dissosiasjon som en "sykdom i den personlige syntesen". Ifølge Janet viser dissosiasjon at det er et organisert personlighetssystem. Innenfor dette systemet finnes det mindre systemer som er ubevisste, som stadig gjenopplever traumet/ene, både de traumene som er bevisste og de som er ubevisste (van der Hart & Friedman, 1989; van der Hart et al., 2004). Disse mindre systemene kan utvikle seg og kombinere seg med emosjoner, drømmer og handlingstendenser slik at de utvikler seg til det Janet kalte for "alternating personalities" (van der Hart & Friedman, 1989, p.4). I nåtiden kan disse bli kalt for alters (andre), alter personlighet, del av selvet, entitet, m.fl. (ISSTD, 2011). Etersom ISSTD bruker begrepet alternative identiteter, så skal det samme brukes i denne oppgaven.

Alternative identiteter kan være organisert eller uorganisert, noe som kommer an på hvor bevisst identiteten som kalles ofte for "the host" - her oversatt til verten – er når det gjelder alternative identiteter. Janet forstod dissosiasjon som en slags forsvarsmekanisme som beskytter verten mot barndomstraumer, og der verten dissosierer slik at alternative identiteter tar imot den traumatiske erfaringen (van der Hart & Friedman, 1989; MacGregor, 1996; Freyd, 1996). Støtte for en traumeinformert etiologisk modell av DID kan hentes blant annet fra en studie der 97% av individer med DID rapporterte en barndomshistorikk med traumer (Putnam et al., 1986). En annen studie fant at drøyt 90% av kvinner med DID og 74% av menn med DID rapporterte en barndomshistorikk med seksuelt overgrep, og 84% av begge kjønn rapporterte fysisk overgrep (Ross & Ness, 2010). Tre tilnærminger til etiologien av DID som har en traumeinformert forståelse av DID er; Teorien om strukturell dissosiasjon (Nijenhuis et al., 2004; van der Hart et al., 2010), Freyd sin "Betrayal trauma theory" (1996) og tilknytningsmodellen (Blizzard, 2003).

Nijenhuis og kollegaer har utviklet Teorien om strukturell dissosiasjon (2004). Denne teorien ser ikke på DID som noe som oppstår fra en tidligere helhetlig personlighet, men heller som en svikt i de vanlige omsorgsgiver-barn relasjonene som gjør at ikke de normale integrasjonsprosessene finner sted (ISSTD, 2011). Ifølge denne teorien finnes det både emosjonelle deler av personligheter (“Emotional parts of the personality” - EP) og tilsynelatende normale deler av personligheten (“Apparently normal parts of the personality” - ANP), samt systemer som retter seg mot lek, seksualitet, sosialisering, m.m. Disse blir forstått som atskilte handlingssystemer i et personlighetssystem (Nijenhuis et al., 2004; van der Hart et al., 2010). ANP er nettverket som tar seg av den daglige fungeringen. EP er nettverket som er sterkt forbundet med traumatiske minner og som er ansvarlig for tilknytningssystemet og de “fight/flight/freeze/collapse” forsvarssystemene. Disse handlingssystemene er forstått som deler av en personlighet med forskjellige underliggende nevrologiske nettverk. Det at EP og ANP finnes i forskjellige nevrologiske nettverk er utgangspunktet for at dissosiasjon kan oppstå. Skjer det noe traumatisk ovenfor et barn med et umodent personlighetssystem der barnet ikke har kapasiteten til å integrere en traumatisk erfaring i hukommelsen, så kan dette aktivere EP og ANP, som da forblir uintegret (van der Hart et al., 2010).

Dissosiasjon som oppstår etter noe traumatisk men kortvarig har skjedd kalles for *primære strukturell dissosiasjon* (primary structural dissociation; van der Hart et al., 2010). Hvis et barn opplever varig trauma som begynner tidligere i livet og som er i økende grad overveldende så blir den strukturelle dissosiasjonen mer omfattende. Da kan det bli flere EP systemer, men fortsatt bare en ANP. Dette kalles for *sekundær strukturell dissosiasjon* (secondary structural dissociation; van der Hart et al., 2010). Tenkningen bak dette er at de sentrale nervesystemet sine forsvarssystemer - “fight, flight, freeze, collapse” - ikke blir integrert

og da kan disse EPene oppleves som forskjellige dissosiative tilstander med hver sine handlingstendenser. I mer ekstreme tilfeller kan det bli flere ANPer og EPer, noe som kalles for *tertiær strukturell dissosiasjon* (tertiary structural dissociation; van der Hart, 2010). I forhold til DID diagnosen er denne den mest relevant. Et barn kan eksempelvis oppleve gjentatte seksuelle overgrep fra samme omsorgsperson. Dersom ikke dets vert (ANP) kan fortrenge sanseinntrykkene fra dets EPer, så må det utvikles nye ANPer som er i stand til å fortrenge disse sanseinntrykkene. Dette fordi barnet må klare å fungere når dets omsorgsgiver/overgriper er til stede. Som støtte for teorien påpeker Nijenhuis og kollegaer mot forskjeller i hvordan forsøkspersoner oppfatter seg selv når de frembringer traumatiske minner, og har målt forskjellige psykobiologiske respons ved traumatiske minner (Nijenhuis et al., 2004; van der Hart et al., 2010).

En annen teori om utviklingen av DID der traume som årsak står sentralt heter “Betrayal trauma theory” (Freyd, 1996). Den postulerer at DID oppstår på grunn av forstyrrede barn-omsorgsgiver relasjoner som hemmer barnets evne til å integrere erfaringer (Freyd, 1996). Denne teorien har et fokus på seksuelt overgrep. Freyd påstår at barn opplever seksuelt overgrep som tillitsbrytende, som en svikt mot tilliten barn har til de voksne omsorgsgiverne. Des mer avhengig av overgriperen barnet er og des mer makt personen har over barnet, des verre oppleves overgrepet – eller svikten. Forholdet med omsorgsgiveren er avgjørende for barnets overlevelse. Barnet trenger å opprettholde et godt forhold til omsorgsgiveren for at den fortsatt skal få trygghet, mat, klær, bosted, osv. Ved å dissosiere og holde informasjonen om forræderiet vekk fra bevisstheten, kan barnet unngå å bli forlatt eller forrådt på nytt. Dissosiative identiteter bærer på de traumatiske opplevelser, og barnet lever uten å måtte tenke på og forholde seg til disse opplevelsene, sånn at barnet holdes trygg. De er da en vellykket form for

overlevelsesmekanisme. Noen av personlighetene kan fortsette å utvikle seg gjennom tenårene og bli enda mer distinkte fra verten. Andre “fryses” i den alderen de var når traumene skjedde (Freyd, 1996).

Tilknytningsmodellen foreslår at personer med en desorganisert tilknytningsstil er predisponert for å utvikle en dissosiativ lidelse senere i livet (Blizzard, 2003). Barn med en desorganisert tilknytningsstil handler på uforutsigbare måter i møte med omsorgsgivere. Voksne med en desorganisert tilknytningsstil handler på rigide, ekstreme måter som tenkes å hjelpe med overlevelse. En slik tilknytningsstil oppstår når omsorgsgiveren kunne ha gitt barnet trøsten det trengte, men handler istedenfor med sinne eller frykt. Da er omsorgsgiveren kilden til et ubehag som ikke barnet har kognitive, atferdsmessige eller emosjonelle ressurser til å håndtere. Dissosiasjon forstås som en indre ressurs som barnet kan bruke for både å komme seg vekk fra ubehaget, men også for å ivareta forholdet deres til omsorgsgiveren (Blizzard, 2003). Empirisk støtte for denne modellen inkluderer en studie der en desorganisert tilknytningsstil som spedbarn korrelerte med dissosiative symptomer som barn og ungdom (Carlson, 1998).

### **Behandlingen av Dissosiativ Identitetsforstyrrelse**

DID behandles både med kognitiv atferdsterapi (KAT) (Kennedy et al., 2013), psykodynamisk terapi, hypnoterapi, eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR), faseorientert traumebehandling (ISSTD, 2011), og interne familiesystemer terapi (Twombly, 2013). Når disse pasientene skal behandles så er det personer med oppdelte personlighetssystemer som er i terapirommet (Ross, 1989). Verten har varierende grader av bevissthet om at den i det hele tatt dissosierer (Hirakata, 2009). Personligheten terapeuten møter i terapirommet kan da være verten eller en alternativ identitet. Alternative identiteter kan variere fra verten i forhold til alder, hva de husker, hvilke talenter de har, hvor voldelig de er mot andre

eller verten, om de gjør mye risikabelt, hvilket kjønn de har, seksuell orientering, osv. (Ross, 1989). Ettersom disse alternative identiteter kan opptre svært ulikt, og klienten ikke nødvendigvis klarer å kontrollere dissosiasjonen, må terapeuten være oppmerksom på forskjeller i atferd, emosjonelle uttrykk, kroppsspråk og andre elementer ved oppførselen til pasienten som kan signalisere “hvem” som er i rommet (Ross, 1989). Dette er en ekstra utfordring som må møtes på en sensitiv måte, ettersom pasienter kan oppleve det som svært ubehagelig dersom de dissosierer uten at de er klare over det (Haramic, 2013; Hunter, 2016).

ISSTD sine “Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults” anbefaler å bruke faseorientert traumebehandling ved behandling av DID (2011). Denne terapiformen skal få hovedvekt her ettersom mange av artiklene i litteraturen som tar opp behandlingen av DID baserer seg på den. Faseorientert traumebehandlingen foregår i tre faser: (1) stabilisering, (2) bearbeiding av traumatiske minner integrasjon av identiteter og (3) fortsatt integrasjon og rehabilitering (ISSTD, 2011). Her er det forstått at ikke disse er atskilte, men at det er bevegelse mellom fasene basert på behovene til pasienten. Faseorientert traumebehandling bygger på Janet sin inndeling i stadier ved behandlingen av “hysteri” pasienter ved Salpatriere psykiatrisk sykehus (Herman, 2015). Den har fått støtte som en virksom behandlingsmetode i studier som undersøkte hvordan det påvirker symptomene til mennesker med DID (f.eks. Chu, 1998; Steele et al., 2001; Steele et al., 2005). En studie tok utgangspunkt i hva terapeuter som regnes som ekspert på DID bruker ved behandling av DID. Det ble funnet at strategiene som ble oftest anbefalt var i tråd med faseorientert traumebehandling slik ISSTD presenterer dem (Brand et al., 2012). Brand og kollegaer har også funnet at studier viser forbedring i disosiative symptomer, symptomer på PTSD, angst, depresjon, m.m. (Brand et al., 2009). Selvrapperte data fra

personer med DID som får behandling viser nedgang i dissosiasjon og amnesi (Brand et al., 2009).

Det kommer også kritikk mot denne terapiformen ettersom den bruker lang tid og har høyt frafall (Huntjens et al., 2019). Mange pasienter med DID forblir i den første fasen (Brand et al., 2009). En studie fant at det er ca 16.7% - 33% av DID pasienter som går i behandling som opplever full integrasjon (ISSTD, 2011). Selv om dette er bare en måte å måle bedring på, så kan det tyde på at det trengs ny kunnskap om hvordan forbedre den terapeutiske behandlingen personer med DID får. Empiriske funn gjør at det stilles spørsmålsteget ved elementer av faseorientert traumebehandling, eksempelvis om det er en forskjell i utfall dersom ikke det brukes en stabiliseringsfase (de Jongh et al., 2016; Bækkelund et al., 2021). Det kan nevnes at noe av denne forskningen tar utgangspunkt i kompleks PTSD, og mer forskning trengs for å si om det er forskjeller i behandlingen av DID hva gjelder bruk av stabilisering.

Det er lite forskning på hvordan mennesker med DID opplever terapi – hva de opplever som mest hjelpsom, lite hjelpsom, uhjelpsom eller eventuelt forverrende. Dette er et kunnskapshull som må fylles. En tilnærming for å få økt innsikt i forbedringsprosesser er å ta et brukerperspektiv. Studier med dette perspektivet kan bruke informasjon som personer med DID selv rapporterer at har ført til bedring, samt hva som kan forbedres eller kritiseres i det nåværende behandlingstilbudet (Beston et al., 2008). Brukerperspektivet er særlig viktig ettersom terapeuter og klienter kan være uenige om hva som står bak forbedringene klienter opplever (Yalom & Elkin, 1974; Kaschak, 1978). Slik informasjon kan muligens føre til ny innsikt i hvordan klienter med DID opplever bedring i terapi, hvilken problemer disse personene rapporterer at de har opplevd i terapien, hva terapeuter kan gjøre for å forbedre seg når de får

slike klienter, hvordan terapiforløpet kan planlegges for å få bedre resultater og hvordan terapeuter kan unngå å bli sittende fast i terapien.

### ***Fase 1***

Den første fasen fokuserer på å hjelpe klienten til å stabiliseres. Elementene i denne fasen er: etableringen av den terapeutiske alliansen, etableringen av trygghet, mestring av symptomer og psykoedukasjon om diagnosen, symptomer og terapiprosessen. Mye av den første fasen går til etableringen av pasienten sin fysiske trygghet. Dette er viktig ettersom 67% av DID pasienter har en selvrapportert historie med selvmordsforsøk, og 42% rapporterer om selvskading (ISSTD, 2011). En del av økning i trygghet går ut på opplæring i strategier for å håndtere svikter som er ødeleggende for pasienten sin trygghet – som for eksempel økning av emosjonsbevissthet og økning av toleranse for ubehagelige affektstilstander. Det blir også en økning i bevissthet rundt og om de forskjellige identiteter. Etter hvert blir denne bevisstheten brukt til å øke samarbeidet de identitetene imellom. For enkelte blir målet å få til en bevissthet rundt og samarbeid mellom identitetene, mens for andre er målet integrasjon. Integrasjon defineres av Kluft som en pågående prosess der de forskjellige identitetene blir forenet og alle de dissosiative splittelsene blir forenet både før, under og etter deres fusjon (ISSTD, 2011).

### ***Fase 2***

I denne fasen jobber terapeuten og pasienten med traumene. Det innebærer å huske, tolerere, bearbeide og integrere traumatiske hendelser fra fortiden. Dette bør gjøres etter klienten er klar over at symptomer kan bli forverret underveis. Målet er å samle minnene som identitetene holder bort for bevisstheten, og å bearbeide disse slik at personen har en følelse av kontroll – at ikke disse minnene blir påtrengende og forstyrrende. I denne del av prosessen kan det oppstå abreaksjon, en opplevelse der sterke emosjoner oppstår på grunn av en erfaring eller persepsjon



av noe som skjer eller som har skjedd (ISSTD, 2011). Etter hvert kan prosesseringen av traumatiske minner føre til at de forskjellige identitetene opplever seg mindre atskilte fra hverandre, og fusjon kan oppstå. Fusjon defineres som en erfaring av at to eller flere identiteter blir forenet og mister den subjektive opplevelsen av å være atskilte identiteter (ISSTD, 2011).

### ***Fase 3***

Terapiløpet går videre med en fortsettelse av de første fasene: klienter fortsetter å jobbe med alternative identiteter, og flere av disse fusjonerer. Rehabilitering er spesielt viktig i denne fasen. Søkelyset settes på problemstillinger som hvordan man skal takle det daglige livet uten å dissosiere samt hva man skal gjøre når man opplever stress, frustrasjon, skuffelse og andre negative emosjoner. Dersom det er ønskelig kan såkalt endelig fusjon være et av målene i den tredje fase (ISSTD, 2011). Begrepet endelig fusjon betegner erfaringen hos pasienten av at selvet oppleves å gå fra å være delt i flere identiteter til å være et helhetlig selv (ISSTD, 2011). Men det viktigste i denne fasen er å få til et 'normalt' liv – ta seg en utdanning, komme seg ut i arbeid eller fortsette med utdanningen eller arbeid.

### **Problemstilling**

Faseorientert traumebehandling rapporteres å ha varierende grader av å lykkes, og mange pasienter med DID opplever lite eller ingen bedring (Brand et al., 2009; Huntjens et al., 2019). Ettersom det er en del personer med DID både i den generelle og kliniske populasjonen (Ross et al., 2002; Sar, 2011) så er det et behov for mer kunnskap og innsikt i hva som oppleves å fungere. Er det noe som preger behandlingsforløp som oppleves å være hjelpsomme kontra behandlingsforløp som ikke er så hjelpsomme? Problemstillingen som forsøkes besvart ved denne oppgaven er: Hvordan opplever personer med DID at terapi har bidratt til bedring?

## Metode

Denne oppgaven skal fokusere på brukerperspektivet ved terapeutisk behandling av DID ved bruk av en metasyntese basert på kvalitativ forskning. Metasyntese ble valgt som tilnærming for denne oppgaven ettersom målet med oppgaven er å utforske hvordan mennesker med DID opplever at terapi bidro til bedring. En slik problemstilling forutsetter selvrapportert informasjon, og vurderes å bli best besvart av kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning er en tilnærming til forskning der data som ikke er tallbasert blir samlet, for å finne ut mer av opplevelser, meninger og konsepter for å bedre forstå diskursene rundt et fenomen, generere hypoteser og/eller få mer innsikt i resultater fra kvantitative studier. Noen tilnærminger som brukes for å samle kvalitativ data inkluderer semistrukturerte intervju, fokusgrupper observasjon, og kvalitative innholdsanalyser. Kvalitative studier bruker mindre utvalg som forskeren velger for at et fenomen kan bedre forstås. Et utfall av dette er at kunnskapen som genereres skal ikke kunne generaliseres (Kvale & Brinkman, 2015).

En syntese kan forstås som et forsøk på å sammenligne og relatere flere kunnskapsdeler for å vise en helhet. Når en syntese brukes for å sammenligne kvalitative studier, så kan det føre til en bedre forståelse av et fenomen ettersom mer kunnskap kan akkumuleres (Timulak, 2009). Slik blir dens betydning og relevans for en situasjon eller et fenomen etablert (Noblit & Hare, 1999). Dette innebærer bruk av nye konsepter som ikke finnes i delene – dvs. artiklene - som en tilnærming til oppbyggingen av en helhet. Begrepet metasyntese refererer til flere vitenskapelige metoder som brukes for å sammenligne og evaluere, oppsummere eller integrere kvalitative studier (Sandelowski, 2012). Det finnes flere måter å føre en metasyntese på - blant annet metaetnografi, narrativ syntese, og kritisk oversettelsessyntese (Edwards & Kaimal, 2016; Kinn

et al., 2013; Thorne, 2017). I denne oppgaven ble det brukt en metaetnografisk tilnærming, en form for metasyntese som er den mest anvendt metasyntese innenfor helse (Kinn et al., 2013)

### **Metaetnografi**

En metaetnografi syntetiserer flere etnografiske studier. Etnografisk beskriver at studiene brukte kvalitative tilnærminger til informasjonsinnsamlingen. Resultatene forstås å være tolkninger basert på forskeren sine førforståelser, og ikke den eneste måte å tolke dataene på (Noblit & Hare, 1988). Slike studier beriker diskursene om menneskelige fenomen ved å samle studier som har brukt forskjellige metoder, utvalg og interpretative briller (Thorne, 2017). En metaetnografi skal muliggjør kritiske vurderinger av fortellinger om en hendelse ved å se på temaene eller metaforene i de kvalitative studiene (Noblit & Hare, 1999). Her skal den metaetnografiske tilnærmingen brukes for å se nærmere på kvalitative studier der forskningsspørsmålet dreidde seg om hvordan mennesker med DID opplevde terapi. Dette for å se nærmere på opplevelser mennesker med DID har gjort ved behandling slik at behandlingen kan bedre forstås fra et brukerperspektiv, og slik at ny innsikt kan komme frem (Edwards & Kaimal, 2016). Funndelene til de kvalitative studiene som ble brukt i denne oppgaven utgjør de primære dataene som metasyntesen baserer seg på. De nye primære dataene blir analysert slik at temaer, metaforer, perspektiver, organisatorer eller konsepter kommer fram. I den metaetnografiske tilnærmingen brukes ordet metafor framfor de andre begrepene, med en bakkeliggende forståelse av at det er kun en av flere mulige måter å tolke de forskjellige fenomenene i en studie på (Noblit & Hare, 1999). Det er et forsøk på å oversette flere studier inn i hverandre ved å overføre metaforer disse studiene imellom med et mål om å beholde de opprinnelige betydningene av disse metaforene (Kinn et al., 2013; Thorne, 2017).

Det er syv anbefalte steg ved bruk av en metaetnografisk tilnærming: (1) utvikle et forskningsspørsmål som kan utforskes med kvalitative tilnærminger; (2) identifisere relevante studier ved et litteratursøk; (3) lese de relevante studiene; (4) finn hvordan de er relatert til hverandre og (5) skrive de overordnede temaene; (6) syntetisere oversettelser; (7) kommuniser funnene (Noblit & Hare, 1999; Albaek et al., 2018). En slik studie skal fremme forståelse av et fenomen for at diskursen blir beriket. I denne oppgaven var det et mål at diskursen rundt terapi med mennesker som har en DID diagnose kan bli gjort rikere. Oppbyggingen kan forstås som et metaforisk bricolage, der mange metaforer som ikke ble utviklet for å passe sammen allikevel blir brukt til å danne et bilde (Kinn et al., 2013). Det blir ikke en aggregasjon av kvalitativ data, men heller et kunstnerisk arbeid, der metaforene som rapporteres i primære studier settes sammen slik at man får en bedre forståelse av fenomenet man undersøker gjennom analyseprosessen (Noblit & Hare, 1988; Noblit & Hare, 1999).

### **Analyseprosessen**

Ifølge Noblit & Hare (1988; 1999) er det tre steg i analysen:

1. **Gjensidig oversettelsesanalyse (Reciprocal translational analysis)** - den enkleste form for syntese der en oversetter metaforene på grunnlag av spørsmålet "hvordan er disse like?". Det bedømmes i hvor stor grad metaforene fanger opp de forskjellige temaene (Edwards & Kaimal, 2016). Men det kan også være at ikke en sett med metaforer fanger opp det som var i studiene – og da kan det læres mer fra oversettelsene enn fra selve metaforene (Noblit & Hare, 1988).

2. **Refutasjonssyntese (Refutational synthesis)** – brukes når fortellingene/tolkningene motsier hverandre. Den kan sies å være en tolkning som brukes for å vise hvordan en annen tolkning er feil (Noblit & Hare, 1988). Det kan være implisitte måter tekstene motsier hverandre,

og da gjøres dette eksplisitt. Ellers kan de være eksplisitte og basert på filosofiske eller teoretiske tilnærminger til tolkningen av dataene (Noblit & Hare, 1988).

3. **Lines-of-argument synthesis** – handler i grunn om inferens, eller hva som kan sies om et fenomen gitt de selekterte delene av studiene som ble brukt i syntesen. Lines-of-argument synthesis er en emisk tilnærming som stiller forskning i en historisk kontekst, og brukes for å beskrive en helhet blant flere metaforer fra kvalitative studier. Dette ved å sammenstille metaforene i en analogi, der den konstruerer oversettelser av alle studiene (Noblit & Hare, 1988).

Artiklene som ble identifisert ble lest en gang for å se om de passet til studie, en gang for å sjekke hvordan de passet med kvalitetskriteriene og en gang for å ta ut metaforene. Disse metaforene ble skrevet ned for hånd, og gjennomgått en for en. Hver side ble sidestilt med de andre sidene slik at metaforene kunne sees i lys av hverandre. Kategorier ble utviklet og metaforene ble satt opp mot hverandre.

En gjensidig oversettelsesanalyse ble brukt ved å sidestille metaforene. Da ble metaforene oversatt inn i hverandre ved å finne ut hvordan de var like og ved å vurdere hva for en metafor som kunne brukes til å oppsummere dem. Disse ble vurdert mot siteringene av intervjusubjektene. Siteringene ble kopiert inn i nye dokumenter, og metaforene ble sjekket mot disse. De nye metaforene ble vurdert mot kriteriene som Noblit og Hare vurderte som nødvendig for at en syntese kan sies å være god (Noblit & Hare, 1999). Disse kriteriene er økonomi (economy), klarhet (cogency), spredning (range), tydeliggjøring (apparency) og troverdighet (credibility). Kort sagt bør metaforene si mye ved bruk av få ord (økonomi) der de integreres på en måte som ikke motsier seg selv, ikke er vag og forklarer fenomenet (klarhet). Dette ved å trekke inn andre felt på en symbolsk måte (spredning) samt å forklare fenomenet (tydeliggjøring) på en måte som kan evalueres og bli forstått av de som leser metaforene (Noblit & Hare, 1999).

Her ble metaforene satt opp i en tabell for først å oversette dem inn i hverandre og finne likheter. Denne tabellen, og de andre tabellene samt figuren som ble utviklet har blitt inkludert i teksten. Dette var et bevisst valg som ble tatt ettersom det ble opplevd å hjelpe flyten i teksten, til tross for at skrivereglene er at tabeller og figurer ikke skal inkluderes i teksten (American Psychological Association, 2019).

Underveis i analysen ble det tydelig at selv om tekstene i stor grad bekrefter hverandre, så finnes det uenigheter, både eksplisitte og implisitte. Slike uenigheter bør ikke oversettes inn i hverandre, men forholdet mellom de motsiende metaforene kan analyseres for å forstå og vurdere de konkurrerende forklaringene (Noblit & Hare, 1988). En refutasjonsanalyse ble fullført ved å finne hvordan tekstene motsa hverandre og drøfte hva det kan ha betydning – om de egentlig var enige eller om uenigheten forble.

Etter dette ble disse analysene vurdert for å se hvordan de kan brukes for å si noe om helheten. Spørsmålet var: Hva er “helheten blant en sett med deler” (Noblit & Hare, 1988, p.63)? Hvordan kan tekstene og alt informasjon bli samlet for å si noe om helheten som er brukeropplevelsen av terapi for DID? For å si noe om dette ble inferens brukt for å finne ut om forskjellige aspekter ved bedringsprosessen som ble rapportert av mennesker med DID. Etter flere runder med analyser begynte det å bli klar at det var noen steg i terapiprosessen som de påpekte at trengte forbedring. En refleksiv dagbok av tanker, ideer og følelser knyttet til artiklene ble brukt for at syntetiske prosesser skulle være transparent, og sånn at egne forforståelse kunne bedre påpekes og forstås.

### **Litteratursøk**

For å finne primærdata ble et litteratursøk gjennomført på PSYCInfo, Web of Science, og Universitet i Bergen sin database, Oria. The Journal of Trauma and Dissociation sin database ble

også brukt for å finne relevante artikler. Søkeord og begrep som ble brukt var: “dissociative identity disorder” OG therapy OG treatment OG “therapeutic alliance” OG qualitative OG phenomen\* OG “lived experience” IKKE art IKKE “borderline personality” IKKE possess\* (se tabell 2.1). Begrepene ble identifisert ved å søke opp synonymer på kvalitativ forskning, dissosiativ identitetsforstyrrelse, og terapi. Disse ble brukt i forskjellige kombinasjoner. Forfatterne av relevante artikler og doktorgradsavhandlinger ble søkt opp for å finne ut av om de skrev andre relevante artikler. Andre søk ble utført med søkordene “multiple personality disorder”, MPD og DID uten at de gav noen nye relevante resultater. Disse søkene ble derfor ekskludert. Det første søket ble utført 25.03.2021, og det siste søket ble utført den 14.01.2022.

## Tabell 2.1

### Litteratursøksstrategi

Søkeord og begrep	Antall treff	Relevante artikler
“lived experience” AND “dissociative identity disorder” AND therapy	276	9
“dissociative identity disorder” AND therapy AND qualitative NOT (title) art	786	13
“dissociative identity disorder” AND therapy AND phenomen* AND qualitative NOT art	567	16
Therapy AND treatment AND qualitative AND “dissociative identity disorder” IKKE art IKKE possess* IKKE “borderline personality”	217	7
“therapeutic alliance” AND qualitative AND “dissociative identity disorder”	128	6

Ettersom målet med studie var å få bedre oversikt over hva ved den terapeutiske prosessen som opplevdes nyttig og unyttig av klienten, så skulle studiene som ble inkludert ha vært primære kvalitative studier av voksne som har fått en DID diagnose. Disse studiene skulle hatt et førstepersonsperspektiv med siteringer som handlet om opplevelsen av terapi, enten det var gruppe- eller individualterapi. Studiene måtte ha informasjon som var relevant for

samtaleterapi. De måtte ha blitt skrevet på engelsk eller norsk. Artikler som handlet om andre traumerelaterte lidelser, som f.eks. dissosiasjon ved kompleks PTSD, dissosiativ amnesi eller depersonaliserings-derealiseringslidelse ble ekskludert, ettersom slike artikler kunne tilføye informasjon som ikke var relevant for behandlingen av DID. Opplevelsene psykoterapeuter har hatt av hva som førte til bedring ble ekskludert.

### ***Utvalg***

Søkene gav til sammen 1 974 resultater. Dette ble til 154 resultater etter duplikater ble fjernet i EndNote. 103 av disse ble fjernet ettersom titlene viste seg å være urelatert til forskningsspørsmålet. Av de 51 resterende artikler ble 22 ekskludert basert på abstraktene. 29 artikler ble hentet og lest i fulltekst. Av disse ble 21 ekskludert på grunn av manglende siteringer av forskningsdeltakere, temaer som ikke var relevant for selve terapiprosessen og/eller andre lidelser enn DID som ble inkludert (se Fig. 2.1). 8 artikler og doktoravhandlinger ble brukt til selve metasyntesen. Litteratursøket ble utført etter PRISMA guidelines (Moher et al., 2009).

Tekstene som ble brukt varierte i forhold til hvordan de beskrev utvalgskarakteristikker. Til sammen bestod utvalget av 61 personer; 8 menn, 36 kvinner, 2 kjønnskeive, 2 annet, og 13 urapporterte. Alderen var fra 21-65, med 3 (n=30) studier som ikke inkluderte alder, men som rapporterte at alle som ble med i studiene var over 18 år. Studiene ble utført i USA (n=6), Canada (n=1) og Sør-Afrika (n=1). Tekstene ble skrevet mellom 2009-2018. Metodene som ble brukt, målene med studiene, hvordan de ble rekruttert, en oppsummering av funnene og styrkene ved de forskjellige studiene oppsummeres i tabell 2.2.

### ***Kvalitetskriteria***

Kvaliteten på en metasyntese er avhengig av kvaliteten på artiklene som den ble bygget på (Thorne, 2017; Kinn et al., 2013). For å sikre at artiklene har høy nok standard – dog at



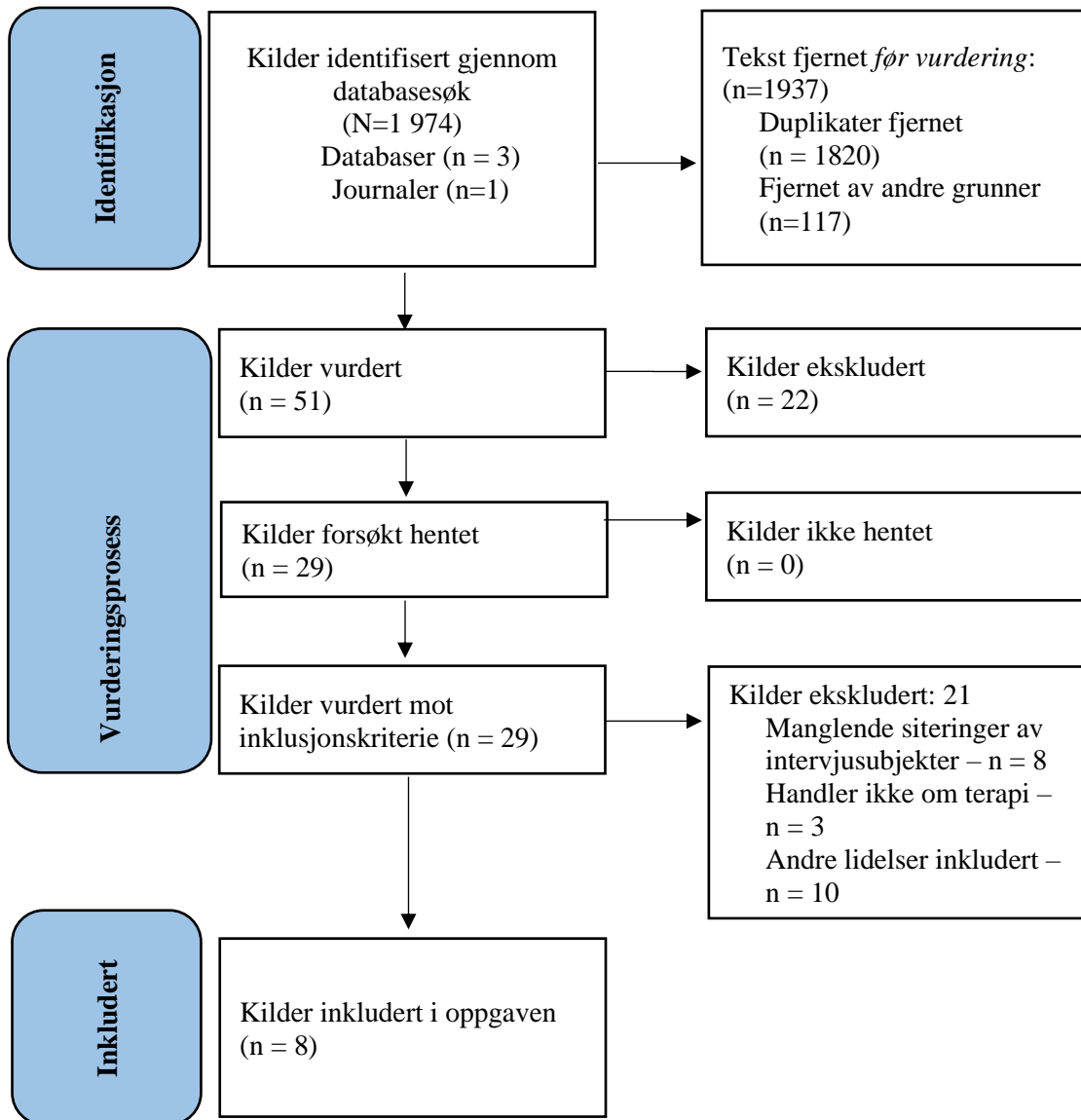
metasyntesen har høy nok standard – brukes kvalitetskriteria (Sandelowski & Barroso, 2007). Disse kan bidra til å øke rapporteringsstandard ved å se om forfatteren/ne av artiklene lagde god eller forholdsvis dårlig kvalitativ forskning. Dette kan være om de har et bevisst forhold til stoffet, hvordan de rapporterer om deres analyse av dataene, hvordan de hentet inn dataene og om det passer til problemstillingen, osv. En diskusjon av alt som kan gjøres for å kvalitetssikre kvalitativ forskning er utenfor fokuset av denne oppgaven (for mer om dette kan man lese Thorne, 2017; Sandelowski & Barroso, 2007), men det kan sies at om man bruker slike sjekklister uten å bevisst reflektere over materialet så risikere man å miste viktig informasjon som kunne bidratt til en bedre forståelse av et fenomen (Thorne, 2017).

Heller enn å ha et fokus på hvilken teoretisk bakgrunn forskerne hadde, så anså jeg det som viktigere å fokusere på “thick description” (Geertz, 1975). Det vil si, rike beskrivelser som omfatter hva en person opplevde, konteksten rundt dette og måten det ble rapportert (Geertz, 1975; Thorne, 2016). Refleksjon ble forstått som viktigere enn filosofisk skole, og forfatteren av denne oppgaven tok en pluralistisk tilnærming hva gjelder filosofisk og teoretisk bakgrunn til forfatterne av artiklene og avhandlingene som ble inkludert.

Kvalitetskriteriene her var basert på EPICURE agenda. Navnet er et akronym for Engagement (engasjement), Processing (prosessering), Interpretation (tolkning), (self) Critique (selvkritikk), (social) Critique (sosialkritikk), Usefulness (nytte), Relevance (relevans) og Ethics (etikk). Det er en todelt evalueringsagenda som fokuserer på hvordan forskningen blir presentert (EPIC) samt utfordringer med, forutsetninger for og konsekvenser av forskning (CURE) (Stige et al., 2009). At det er en agenda vil si at ikke det brukes for å bestemme hvilke metodologiske, ontologiske eller epistemologiske retninger er riktige, men bare hvilke temaer som skal diskuteres. Det er heller et verktøy som anvendes for å fremme tenkning omkring

**Fig. 2.1**

*PRISMA Flow diagram - Litteratursøk*



Tabell 2.2

## Litteraturoversikt

Studie	Mål	Utvalg	Kontekst	Metode	Oppsummering av funn	Styrker	Begrensninger
Zeligman et al., 2017	Utforske hvordan menn som har en DID diagnose finner mening i egne liv.	5 manlige deltakere. Gjennomsnittsalder; 56	Deltakere rekruttert gjennom annonser som ble sendt til en elektronisk liste av personer med DID.	Semistrukturerte intervju. "Nonlinear stages approach" tilnærming til fenomenologisk forskning.	Fem temaer: Historie; Alternative identiteter; Forventninger til menn; utfordringer; Styrke og støtte.	Bruk av en auditør i data analyseprosessen. Alle forskerne har en bakgrunn i klinisk psykologi; Tydelig rapportering av frekvenser av temaer i intervjuene.	Uklart om intervjusubjektene ble gitt oppfølging. Lite refleksjon om metodologien. Ingenting ble sagt om det var verten eller en alternativ identitet som uttalte seg under intervjuet.
Hunter, 2016	Utforske hjelpsomme og skadelige sider ved behandling av individer som opplever alvorlig dissosiasjon.	13 deltakere: 9 kvinner, 2 kjønnskeive, 2 annet.	Brosjyre ble sendt til relevante klinikk og sider på internett for individer med en DID diagnose.	Semistrukturerte intervju. "Interpretative phenomenological analysis" som anvendte en "grounded-theory" tilnærming.	Tre temaer: Hjelpsomme aspekter ved behandling; Skadelige aspekter ved behandling; Hjelpsomme aspekter annet enn profesjonelle.	Forskeren har blitt diagnostisert med DID og reflekterer rundt dette; Gjennomsiktig bruk av analytiske metoder og teori.	10 fikk en klar DID diagnose, andre mente de hadde DID uten en diagnose fra helseprofesjonell. Utvalget var ikke representativt.
Jordaan, 2016	Utforske hjelpesøkende erfaring til overlevende av "satanic ritual abuse" (SRA) som har en DID diagnose.	4 kvinnelige deltakere.	Terapeuter som jobber med pasienter med DID ble kontaktet for å finne frem til mulige deltakere.	Semistrukturerte intervju. Multipl design kasusstudie design med en kvalitativ tilnærming i et fenomenologisk rammeverk.	Tre relevante temaer: utfordringer før terapi; utfordringer under terapi; Positive	Spesifikk form for trauma (SRA). Gjennomsiktig data analyseprosess. Bruk av sitat fra en bokforfatter som har opplevd SRA og DID; Noterte når	Manglende refleksjon kring egne forforståelser; Ikke et representativt utvalg.

					terapeutiske opplevelser.	andre enn verten svarte.	
Jacobsen et al., 2015	Se nærmere på perspektiver på rådgivningsprosesser av klienter som har blitt diagnostisert med DID.	13 deltakere.	Deltakere rekruttert fra en konferanse for overleverer av DID.	To fokusgrupper deltok i et semistrukturert intervju. "Classical content analysis" innenfor et fenomenologisk rammeverk.	Fire temaer: Effektive tilnærminger og teknikker; Effektive relasjonsbyggende teknikker; Ineffektive tilnærminger og teknikk; Rådgiver karakteristikk	Tydlig bruk av metodologi; Forsker-triangulering; Deltakere bekreftet forskerne sine forståelse av intervjuene; Eneste identifisert studie med en fokusgruppe tilnærming.	Bare utskrift av intervjuene som data; Deltakerne kan ha blitt påvirket av at de deltok i en gruppe; Manglende informasjon om utvalgs-karakteristikk; Ingenting ble gjort for å sikre om det var verten eller en alternativ identitet som svarte.
Allman, 2013	Undersøke behandlingsopplevelser av individer som ble diagnostisert med DID, med et fokus på hjelpsomme og uhjelpsomme komponenter.	8 kvinnelige deltakere, Alder; 30-65	Klienter rekruttert fra profesjonelle klinikere som anbefalte dem å delta.	Semistrukturerte intervju. Analysert ved bruk av "constant comparative method".	Tre temaer: Viktige terapeut karakteristikk; Viktige behandlingskomponenter; Deltakere sine synspunkter om DID spesifikke aspekter ved behandling.	Tydlig presentasjon av de overordnede temaene; Tydelig presentasjon av hvert et steg i forskningsprosessen og steg som ble tatt for å sikre troverdighet.	Kun kvinnelige deltaker; Ingenting ble gjort for å sikre om det var verten eller en alternativ identitet som svarte.
Haramic, 2013	Utforske erfaringer av gruppeterapi blant personer som har blitt diagnostisert med DID og har opplevd "recovery".	11 deltakere, 9 kvinner, 2 menn. Alder; 21-60 (M=39)	Brev sendt til tidligere deltakere i en psykoterapi gruppe ved et krisesenter.	Semistrukturerte intervju. Kvalitativt fenomenologisk rammeverk.	Fem temaer: Katarsis assosiert med tillit; Innsikt og den kognitive komponenten; Konsolidering av læringsopplevelsen; Aksept og	Gode refleksjoner på underliggende forforståelser; Eneste studie som ble identifisert som utforsket gruppeterapi; Gode etiske refleksjoner; Intervjuspørsmål ble	Uklar metodologi; Ingenting ble gjort for å sikre om det var verten eller en alternativ identitet som svarte.

					omsorg; Normalisering.	sjekket av flere klinikere.	
Fox et al., 2013	Utforske den subjektive opplevelsen av en person med en DID diagnose. Se nærmere på hvordan DID har påvirket deres liv.	1 kvinnelig deltaker. Alder; 35.	Deltaker var kjent med en av forskerne gjennom en interesse-gruppe.	3 semistrukturerte intervju. "Narrative method with Seidman's 3-part phenomenological-based interviewing strategy".	Tre temaer: Utfall; Tidslinje av DID; Feiloppfatninger av DID.	Tydelige refleksjoner om metodologi og førforståelser; En ekstern forsker sjekket også dataene; Rike beskrivelser av opplevelser med DID.	Få refleksjoner om hvordan informasjonen kunne blitt brukt. Ikke uttrykt refleksjon rundt forskeren sitt bekjentskap med intervjuobjektet.
Hirakata, 2009	Gi innsikt i behandlingen av dissosiasjon. Finn hvilke behandlings-metoder som mennesker med DID opplevde som hjelpsomme.	7 deltakere, 1 mann, 6 kvinner. Alder; 34-53.	Brosjyrer gitt ut ved rådgivnings-kontorer.	Semistrukturerte intervju. "Narrative research design with a holistic-content analysis."	Tre temaer: Verktøy og teknikk; ikke-patologiserende tilnærming; den terapeutiske relasjon;	Tre andre terapeuter med lang erfaring innenfor traumeterapi kvalitetssikret studiet; Pilotstudier; Deltakere leste og bekreftet forståelsen av deres narrativer.	Manglende refleksjoner rundt terapeuten sine førforståelser; Ingenting ble gjort for å sikre om det var verten eller en alternativ identitet som svarte.

metaforene/temaene og for å fremme diskusjon rundt disse (Stige et al., 2009). For å fremme refleksjon ble spørsmål utviklet i tråd med EPICURE agendaen med spørsmål som var relevant for å kunne gi en besvarelse på problemstillingen og de tekstene som ble valgt. Disse spørsmålene ble stilt mot hver av tekstene, og resultatene ble samlet i en tabell (Tabell 2.3). De ble rangert som at de hadde et lavt-, middels-, høyt- eller svært høyt nivå av besvarelse av de forskjellige punktene i EPICURE agendaen. Ingen av artiklene ble ekskludert på bakgrunn av kvalitetsvurderingen. Spørsmålene som ble utviklet for hver enkelt EPICURE punkt finnes under.

### ***EPICURE***

*Engasjement* spør hva forholdet mellom forskeren og forskningsfeltet er. I denne oppgaven ble det spurt: Hvordan var forskeren eller forskerne involvert i DID feltet? Hvordan redegjorde de for dette? Hadde de et kritisk blikk på deres egen/egne roller, slik at det kom frem at de forstod hvordan deres rolle som «ekspert» kunne ha påvirket svarene de fikk? *Prosessering* spør hvilken metode som ble brukt til å besvare problemstillingen. Her ble det spurt om de forklarte den analytiske metoden som ble brukt? Var de transparente i deres bruk av metode? Var det noen åpenbare feil i å anvende metoden i studien de har utført? *Tolkning* spør hvordan forfatteren/e tolket dataen. Hadde forfatterne bevissthet rundt deres teoretiske bakgrunn og hvordan det kunne påvirket deres tolkning? Ble metaforene de har utviklet støttet av siteringene fra forskningssubjektene? *Selvkritikk* tar opp spørsmålet om forfatteren/e sin påvirkning på forskningen ble anerkjent. Viste de til hvordan de håndterte effekten de kan ha hatt på forskningssubjektene? Hadde de et bevisst forhold til sine forforståelser? Har de reflektert rundt hvordan de ble oppfattet av intervjusubjektene, om det kunne blitt opplevd en maktubalanse og

om den kunne ha blitt utjevnet? Har de sjekket deres tolkninger med intervjusubjektene? Har de sjekket deres tolkninger med andre forskere?

*Sosialkritikk* spør i hvor stor grad de ble gjort en vurdering av feil i det nåværende systemet. Anerkjente forfatterne et behov for endring i systemet dersom dette dukket opp? Gav de forslag til hvordan endre systemet – behandling, diagnostisering, m.m.? *Nytte* spør om forskningen var nyttig gitt fenomenet som ble undersøkt. Var det nyttig for bedre forståelse av behandlingen av DID? Hvordan kunne det hjulpet psykologer og andre hjelpere? Kunne det blitt brukt for å støtte eller svekke nåværende forskning, teori, terapi og/eller politikk? *Relevans* spør om studiet trengs, om det bidrar til diskursen rundt fenomenet. Hvordan passer studien inn med relevant forskning? Bidro den til utviklingen av fagfeltet? Fylte den kunnskapshull om behandlingen av DID? *Etikk* spør hvordan forfatteren/e har tatt hensyn til forskningsetikk. Hvordan har de tilnærmet forskningsetikken, eksempelvis APA sine forskningsprinsipper? Viste de til handlinger som ble gjort for å beskytte deltakerne som har blitt intervjuet eller som deltok i forskningen?

### **Refleksivitet**

Jeg har et forhold til dissosiative lidelser som begynte da jeg jobbet på et barnehjem i et land uten psykiatrisk helsevesen. En av ungdommene som bodde på barnehjemmet begynte å oppleve dissosiasjon, noe som førte til uheldige utfall. De hadde, som alle de andre barna som bodde der, en traumehistorikk som begynte veldig tidlig. I deres tilfelle var det snakk om vold og overgrep fra de var tre år gammel, og som vedvarte i ni år. Den opplevelsen av å se noen lide på den måten gjorde at jeg ville studere psykologi, og at jeg ble spesielt interessert i å lære hvordan behandle traumelidelser, og hvordan mennesker med traumelidelser kan hjelpes til et bedre liv. Videre begynte jeg i jobb på en DPS der en person som dissosierte fortalte hvor vanskelig de har

Tabell 2.3

Kvalitetsvurdering etter EPICURE agenda

Studie	Engasjement	Prosessering	Tolkning	Selvkritikk	Sosial-kritikk	Nytte	Relevans	Etikk
<b>Zeligman et al., 2017</b>	<b>Høyt nivå av engasjement</b> Forfattere beskriver deres engasjement både med fenomenet og forskningspopulasjon. Alle er klinikere, med en som rapporterer seg å ha lang erfaring med DID.	<b>Middels nivå av prosessering</b> Forfattere beskriver deres tilnærming til forsknings-spørsmålet som fenomenologisk, men gir ikke mer informasjon. Det er lite informasjon om hvordan de prosesserte dataene.	<b>Middels nivå av tolkning</b> Forfattere støtter sine tolkninger med utsagn fra forsknings-subjektene, og gir litt informasjon om hvordan de kom fram til disse tolkningene.	<b>Middels selvkritikk</b> Forfattere reflekterte over at ingen av dem har DID og forteller hvordan de diskuterte dataene. Gir uttrykk for sine mulige forforståelser underveis i teksten.	<b>Middels sosialkritikk</b> Påpeker vansker med å være mann med psykisk forstyrrelse i en gitt kulturell kontekst. Påpekte behov for bedre informasjon og mindre stigma, samt mulige samfunns-politiske endringer.	<b>Middels nivå av nytte</b> Fyller kunnskapshull om menn med DID. Informasjon ble gitt på en måte som kan brukes av klinikere. Nyttig ved sin påpeking av særskilte vansker for menn med DID. Lite forslag om fremtidig forskning. De påpeker kliniske og teoretiske implikasjoner.	<b>Høyt nivå av relevans</b> Ettersom menn er underrepresentert i litteraturen, påpekte forfatterne behovet for mer forskning på menn med DID. Dette delvis på grunn av kjønnsbasert diskriminering og særskilte vansker.	<b>Middels etisk standard</b> Informert samtykke ble gjennomgått. Ingen informasjon om hvordan forsknings-subjektene ble vurdert for stabilitet eller oppfølgings behov.
<b>Hunter, 2016</b>	<b>Veldig høyt nivå av engasjement</b> Både med litteraturen og populasjonen.	<b>Veldig høyt nivå av prosessering</b> Brukte forsknings-paradigme	<b>Middels nivå av tolkning</b> Forfatteren diskuterte sine holdninger.	<b>Veldig høy selvkritikk</b> Tar opp spørsmål angående bias underveis i teksten.	<b>Høy sosialkritikk</b> Forfatteren bruker funnene til å kritisere de strukturene som	<b>Middels nivå av nytte</b> Forslag ble gitt for klinikere om hvordan bruke funnene i klinisk	<b>Veldig høyt nivå av relevans</b> Forfatteren påpeker problemer med	<b>Veldig høyt etisk standard</b> Forfatteren viser til et bevisst



	Forfatteren har tidligere fått behandling for DID.	som var i tråd med forsknings-spørsmålet.	Forsknings-subjektene uttrykte enighet med tolkninger og temaer. Bruk av “thick description”. Mange av temaene var komplekse og kunne utviklet mer.	Forfatteren har et bevisst forhold til makt-dynamikken.	de mener skader pasienter med DID, og andre lidelser, og hvordan endre disse.	virksomhet, samt støtte teori om rehabilitering framfor symptom-fokus. Lite om fremtidig forskning.	behandlingen av DID med et fokus på å få frem stemmene av mennesker som har blitt behandlet for DID. Bidrar til fagfeltet sin forståelse av hvordan unngå å skade pasienter.	forhold til forsknings-etikk på en gjennom-siktig måte. Sikret oppfølging til forsknings-subjektene.
<b>Jordaan, 2016</b>	<b>Lavt nivå av engasjement</b> Forfatteren viser til kunnskap fra litteraturen. Viser ikke til erfaring fra behandling av DID og hva som inngår i dette. God kunnskap om systemer rundt mennesker med DID som har erfart ritualistisk overgrep.	<b>Høyt nivå av prosessering</b> Presenterte resonnementet for bruk av en fenomenologisk tilnærming. Gjennom-siktig argumentasjon for hvordan de tilnærmet seg data.	<b>Høyt nivå av tolkning</b> Tolkningsprosessen er gjennom-siktig, og forfatteren begrunner alle valgene de tok om temaer. God bruk av “thick description”. Enkelte metaforer ble ikke støttet med siteringer.	<b>Lav selvkritikk</b> Tydelig religiøse overbevisninger som farger teksten uten noen kritisk holdning. Noe bevissthet om at deres tolkninger kan være feilaktige.	<b>Veldig høy sosialkritikk</b> Forfatteren påpeker hvordan nåværende systemer svikter mennesker som rapporterer at de har DID og at de har opplevd systemisk ritualistisk overgrep.	<b>Høyt nivå av nytte</b> Implikasjoner for profesjonelle hjelpere blir gitt. Behovet for at terapeuter har en systemisk tilnærming og tar høyde for nåværende vansker blir diskutert.	<b>Veldig høyt nivå av relevans</b> Fenomenet DID og fenomenet “satanic ritual abuse” er begge kontroversielle. Fyller kunnskaps-hull om disse. Gir forslag til forskning og samfunns-politiske endringer.	<b>Høyt etisk standard</b> Forskningsetikk ble tilnærmet på en tydelig måte. Forskeren gikk langt for å sikre at ikke noe skulle skje deltakere og at de skulle ha mulighet til oppfølging.

<b>Jacobsen et al., 2015</b>	<b>Lavt nivå av engasjement</b> Forfattere forteller ikke om deres engasjement med DID utenom på en teoretisk plan.	<b>Høyt nivå av prosessering</b> Forfattere demonstrerer noe refleksjon om forskningsmetoden gitt deres forsknings-spørsmål og begrunner det.	<b>Middels nivå av tolkning</b> Forfattere brukte gjennom-siktig resonnering om tema-utviklingen. Enkelte av temaene manglet siteringer.	<b>Lav selvkritikk</b> Det ble ikke tydeliggjort forfatterne sine førforståelser og hvordan disse kan ha påvirket dataene. Påpekte problemer med bruk av selv-rapportert informasjon. Ingen uttalte refleksjoner rundt makt-dynamikken.	<b>Lav sosialkritikk</b> Påpekte manglende forskning om erfaringer mennesker med DID har med seg. Lite om behov for strukturelle endringer.	<b>Middels nivå av nytte</b> Forfattere tydeliggjør hvordan artikkelen kan være nyttig hva gjelder behandlingen av pasienter med DID.	<b>Middels nivå av relevans</b> Eneste forskning i utvalget som brukte en fokusgruppe tilnærming. Inneholder ideer om fremtidig forskning, relevans for klinikere. Lite om strukturelle endringer.	<b>Lavt etisk standard</b> Lite skrevet om etiske vurderinger. Etikk implisert ettersom forskerne gjennomførte forskning i forbindelse med flere universiteter.
<b>Haramic, 2013</b>	<b>Høyt nivå av engasjement</b> Forfatteren viser til deres forhold til DID på en tydelig måte, både klinisk og hva gjelder litteraturen.	<b>Høyt nivå av prosessering</b> Argumenterer for sin teoretiske tilnærming gitt deres forsknings-spørsmål, og bruker tid til å argumentere mot bruk av positivismen.	<b>Middels nivå av tolkning</b> Bruk av “thick description”, mye bruk av siteringer som støtte for sine tolkninger. Noen av temaene kunne blitt mer utviklet og gjort mer tydelige.	<b>Veldig høy selvkritikk</b> Forfatteren påpekte egne holdninger samt problemer med sin metodologiske tilnærming, og beskriver hvordan de forsøkte å løse disse problemene. Viser et bevisst forhold til hvordan disse	<b>Høy sosialkritikk</b> Nåværende problemer med behandlingsmodaliteter for pasienter med DID ble påpekt, og de kritiserer anbefalingen om ikke å anvende gruppeterapi med pasienter med DID.	<b>Høyt nivå av nytte</b> Informasjon om erfaringer fra gruppeterapi som forsøker å hjelpe mennesker med DID kan være nyttig mtp. utviklingen av nye behandlingsmetoder. Gode kliniske, forsknings, og politiske	<b>Veldig høyt nivå av relevans</b> Fyller kunnskaps-hull om DID og gruppeterapi. Erfaringene fra forsknings-subjektene ble presentert på en måte som kan informere psykologisk praksis i en gruppeterapi setting.	<b>Veldig høyt etisk standard</b> Forfatter viser til tiltak før og etter forskning for å sikre at intervju-subjektene ble tatt vare på. Gode refleksjoner rundt etiske vurderinger underveis.

				kan ha påvirket forskningen.		anvendelser av funnene.		
<b>Fox et al., 2013</b>	<b>Høyt nivå av engasjement</b> Forfattere viste til deres forhold til populasjonen – både som forskere og forkjempere.	<b>Høyt nivå av prosessering</b> Forskningsmetoden og dets forhold til forskningsspørsmålet forklares på en tydelig måte. Viste til hvordan de brukte metoden.	<b>Middels nivå av tolkning</b> Temaene ble klart definert, og prosessene som ble brukt for å finne temaene ble presentert. Enkelte av temaene ble ikke støttet med siteringer.	<b>Høy selvkritikk</b> Forfattere skrev om sine mulige forforståelser og hvordan disse kunne påvirket resultatene. De gjennomgår stegene de tok for å minske påvirkningen av bias på resultatene	<b>Lav sosialkritikk</b> Lite kritikk mot diagnostikk eller terapi. Noen poeng ble skrevet om betydningen av funnene for nåværende feil, uten at kritikk ble tydeliggjort.	<b>Middels nivå av nytte</b> Gode forslag til kliniske anvendelser av forskningen. Ingen forslag til fremtidig forskning eller endringer på et system nivå.	<b>Lavt nivå av relevans</b> Dybde intervju med kun en person førte til rik data. Eneste kasusstudie som møtt inklusjonskriteriene.	<b>Høyt etisk standard</b> Etiske beslutninger ble drøftet, og etiske forslag blir gitt om diagnose, behandling, og respekt for pasienten.
<b>Allman, 2013</b>	<b>Middels nivå av engasjement</b> Forfatteren har en uklar relasjon til populasjonen. Viser god teoretisk forståelse av DID.	<b>Lavt nivå av prosessering</b> Ble ikke tydeliggjort hvorfor de brukte forskningsmetoden som de brukte og hvorfor de definerte dimensjoner slik de gjorde.	<b>Høyt nivå av tolkning</b> Klare definisjoner av temaer og kategorier. Var av og til uklar sammenheng mellom temaer og siteringer. God bruk av “thick description”.	<b>Middels selvkritikk</b> Forfatteren påpeker at de kan ha bias uten å reflektere over dette. Noe bias i favør profesjonelle hjelpere, og som kan tolkes nedlatende mot forskningssubjektene (p.102).	<b>Middels sosialkritikk</b> Forfatteren bruker ikke funnene til å kritisere nåværende praksis. Men, de påpeker kontrast mellom sine funn og DID litteraturen.	<b>Høyt nivå av nytte</b> Deltakere blir sitert på en måte som gir et innblikk i opplevelsen av DID behandling, og kan være hjelpsom for psykologer. God diskusjon av kliniske anvendelser, teori og forskning.	<b>Veldig høyt nivå av relevans</b> Fyller noen kunnskaps-hull hva gjelder opplevelser som kan informere tilknytnings-teori og DID. Anerkjenner mangel på bruker-informert forskning for denne gruppe.	<b>Høyt etisk standard</b> Forskeren gjorde gode og tydelige etiske refleksjoner. Sikret oppfølging av forskningsdeltakere.

<b>Hirakata, 2009</b>	<b>Høyt nivå av engasjement</b> Forfatteren viser til tidligere forskning de har gjort på DID, og demonstrerer god kunnskap om litteraturen.	<b>Middels nivå av prosessering</b> Begrunnelse gitt for bruk av narrativ forskningsdesign. Lite beskrivelse av hvordan denne ble anvendt.	<b>Høyt nivå av tolkning</b> Deltakere og tre terapeuter gav tilbakemelding på temaene valgte. Temaene støttet av siteringer.	<b>Lav selvkritikk</b> Noe metodologisk kritikk, men ingen tydelig beskrivelse av hvordan forskeren forholdte seg til egne bias/holdninger. Ingen refleksjon om maktubalanse.	<b>Middels sosialkritikk</b> Kritikk mot daværende diagnostisk system (DSM-IV-TR) og daværende retnings-linjer for behandlingen av DID (ISSTD).	<b>Høyt nivå av nytte</b> Delvis på grunn av rike siteringer gir denne artikkelen nytte ved å svekke noe av teorien som ligger bak DSM diagnose-systemet og forenklende syn på mennesker som opplever DID.	<b>Høyt nivå av relevans</b> Tydelige forslag gitt til mulige anvendelser av funnene. Mulig fremtidig forskning blir presentert, og klinisk relevans blir presentert.	<b>Middels etisk standard</b> Forfatteren nevner etikk uten å reflektere rundt dette i teksten. Oppfølging ble gitt til forskningsdeltakere.
-----------------------	---	---	--	--	--	---	--	---

hatt det når det gjelder det psykiske helsevesenet – fagfolk som ikke trodde på dem, som behandlet dem dårlig, og som lot som de visste bedre enn hva personen selv visste. Dette gjorde at jeg skjønnte at det er et behov for forbedret behandling i alle land, og at det går an å være en del av denne forbedringen.

DID er en diagnose som ikke jeg opplevde at kom opp i profesjonsstudiet i psykologi. I forhold til min utdanning så har jeg fått en del om traumelidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser, men har ikke hatt noe undervisning om dissosiativ identitetsforstyrrelse. Dette er noe som kan med fordel tas med i utdanningen ettersom det er ikke usannsynlig at disse pasienter skal komme på behandling, både som er innlagt og som er polikliniske pasienter (Fox et al., 2013; Sar, 2011; Lipsanen et al., 2004).

## **Resultater**

### **Gjensidig oversettelsesanalyse**

Gjennom en gjensidig oversettelsesanalyse ble det funnet tre overordnede temaer av hva som førte til bedring i terapien; *Opplevelse av terapeuten som en trygg person; Dette blir en lang prosess; og De terapeutiske relasjonene. Dette blir en lang prosess* ble delt inn i undertemaene “*Det trygge rommet*” som beskriver praktiske rammer rundt terapi som bidrar til trygghet, “*Hjelp til å hjelpe seg selv*” som beskriver terapeutiske prosesser, og “*Å bli tatt på alvor*” som beskriver negative erfaringer. *De terapeutiske relasjonene* ble delt inn i undertemaene “*Se oss for dem vi er*” som inneholder metaforer om de gode relasjonene, og “*Ikke en ovenfra-ned relasjon*” som beskriver relasjoner som opplevdes dårlig. Funnene er oppsummert i tabell 3.1.

### **Lines-of-Argument Syntese**

Etter hvert som materialet ble bearbeidet på nytt så ble det tydelig at det var noen temaer som fanget opp karakteristikker av terapiforløpene respondenter rapporterte at var hjelpsomme.

**Tabell 3.1**

*Gjensidig oversettelsesanalyse*

Hva som fører til bedring	Opplevelse av terapeuten som en trygg person	Dette blir en lang prosess			De terapeutiske relasjonene	
		Det trygge rommet	Hjelp til å hjelpe seg selv	Å bli tatt på alvor	Se oss for dem vi er	Ikke en ovenfraned relasjon
<b>Metaforene</b>	“Aksepterer, anerkjenner og viser medfølelse for alternative identiteter” “Blir ikke overveldet av klienten sin traumehistorie” Erfaren Forbilde “Gjensidig relasjon - lærer fra pasienten” “Merker det som ikke blir sagt” “Modellere atferd, emosjoner og relasjoner” Observatør Ressursfokusert “Rogerianske betingelser for terapi”	“Fleksibel terapiramme tilpasset terapifase” “Forpliktelse til langvarig terapi” “Fysisk trygghet” Grenser Kollaborativ “Kommunikasjon mellom timene” Medisinering Repetisjon “Riktig diagnose” “Samtidig gruppe- og individuell-terapi” “Traume som årsak”	“Adressere traume-historie” “Fokus på emosjonelt innhold og subjektiv betydning av traume-minnene” “Informasjon om dissosiasjon som naturlig respons på traume” “Kartlegge systemet og øke kommunikasjon innad” Kunst “Jobbe med selvtillit” “Kognitiv ramme- endring” “La traumeminnene komme opp naturlig”	“Bagatellisering av symptomene” Biomedisinsk “Bruk av bare en tilnærming” “Dårlige grenser” “Feil diagnose” “Fokus på objektiv sannhet i traumeminnene” “Fri flytt – ingen terapeutisk plan” “Gjør pasienten til terapeut” “Iatrogenic forståelse av DID” “Ignorer problemene pasienten står i” “Integrasjon som endemål” “Krysse fysiske/	“Alle delene er velkomne” “Autentisk og genuin relasjon” “Empati ved sterke emosjoner” “God håndtering av terapeutiske brudd” Kollaborativ “Likestilling i forholdet” “Pasienten er rasjonell” “Passelig selvavsløring” “Reflektere pasienten” “Tror det pasienten sier om symptomer”	Antagende “Bare snakk med verten” Lukket Maktubalanse “Manglende klient fokus” “Pasienten er manipulerende” “Pasienten er psykisk syk” “Pasienten er skjør” Pågående “Symptom fokus” Uærlig

	<p>Stabilitet</p> <p>Tillitsvekkende</p> <p>“Tilgjengelig mellom timene innenfor klare rammer”</p> <p>“Tror det klienten sier”</p> <p>“Tydelige grenser – fysiske, emosjonelle, relasjonelle”</p> <p>Varme</p>		<p>“Myndig-gjøring av pasienten”</p> <p>“Navngi dissosiasjon”</p> <p>“Normalisering av reaksjoner, ikke av atferd”</p> <p>Skriving</p> <p>“Therapeutic enactment”</p> <p>“Veiledet fantasering (guided imagery)”</p>	<p>emosjonelle/ relasjonelle grenser”</p> <p>“Manglende håp”</p> <p>“Manglende trygghet”</p> <p>Medisinering</p> <p>“Presse pasienten til å fortelle detaljene”</p> <p>“Snakker for mye”</p> <p>“Teknikk uten relasjon”</p> <p>Tvang</p> <p>“Unngår traumehistorien”</p> <p>“Upassende konfrontasjon”</p> <p>“Utilstrekkelig terapiopphør”</p>	<p>“Tror på klienten sin fortelling”</p> <p>“Ubetinget positiv aksept”</p> <p>Validering av erfaringer</p>	
Artiklene	<p>Zeligman et al., 2017</p> <p>Hunter, 2016</p> <p>Jordaan, 2016</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Allman, 2013</p> <p>Haramic, 2013</p> <p>Hirakata, 2009</p>	<p>Hunter, 2016</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Fox et al., 2013</p> <p>Allman, 2013</p> <p>Haramic, 2013</p> <p>Hirakata, 2009</p>	<p>Hunter, 2016</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Fox et al., 2013</p> <p>Allman, 2013</p> <p>Hirakata, 2009</p>	<p>Zeligman et al., 2017</p> <p>Hunter, 2016</p> <p>Jordaan, 2016</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Allman, 2013</p> <p>Fox et al., 2013</p> <p>Haramic, 2013</p>	<p>Hunter, 2016</p> <p>Jordaan, 2016</p> <p>Jacobsen et al., 2015</p> <p>Hirakata, 2009</p>	<p>Zeligman et al., 2017</p> <p>Hunter, 2016</p> <p>Hirakata, 2009</p>

Disse ble oversatt til metaforene (1) *Et kart over ukjent territorium*; (2) *Trygghet som nøkkelen til de låste dørene*, med subtemaene *Er vi fysisk trygge? Er vår indre verden trygg?* og *Uten trygghet går vi ikke videre*. (3) *Å finne fram til verktøyene som fungerer*, med subtemaene *Mange veier til Roma* og *Vet du hva det går i?* og (4) *La pasienten vise veien til bedring*, med subtemaene *Gå med oss framfor å lede oss*; og *Et helhetlig syn på pasienten*.

En refutasjonsanalyse ble inkludert ettersom det var to deler av terapiprosessen der intervjusubjektene uttrykte uenighet om hva som kan ha betydning for bedring. Disse ble oversatt til: *Hvor går grensen?* og *Ikke jakt etter sannheten. Hvor går grensen?* ble inkludert i subtemaene under tema 2. *Ikke jakt etter sannheten* ble inkludert i subtemaene under tema 4. Dette ble gjort for å vise til nyansene og spenningen i hver av metaforene, og for å vise at det er ikke nødvendigvis slik at det finnes kun et svar – som er en av tankene bak den metaetnografiske tilnærmingen (Noblit & Hare, 1999).

### ***Tema 1: Et kart over ukjent territorium***

Det å få en DID diagnose kan utløse mange forskjellige reaksjoner. Denne metaforen ble valgt fordi det oppleves av mange at det å få en DID diagnose kan få orden på de lange og kronglete veiene de har gått både i livet og innenfor det psykiske helsevesenet. Diagnosen ble rapportert til å utløse sterke følelser. Intervjusubjektene sa at det var både skummelt og sjokkerende, ekkelt og flaut, og noen ble sønderknust av å få den (Hirakata, 2009; Allman, 2013; Fox et al., 2013; Hunter, 2016). Det var en kognitiv komponent, der diagnosen var en bekreftelse på at det var noe veldig galt med pasienten, at de var faktisk «crazy» (Allman, 2013). Samtidig kunne det være en lettelse ettersom det var et svar på hva det var som personen opplevde, og det kunne gi personen et sted å begynne å lete etter svar. Det ble opplevd å være starten på effektiv terapi (Fox et al., 2013; Jordaan, 2016). Å få informasjon av terapeuten gjorde at det ble mindre



skummelt og mystisk, og det å få jobbe med terapeuter som skjønnte hva var med på å gi pasienter håp (Allman, 2013; Fox et al., 2013; Hunter, 2016).

Når DID ble forklart som en naturlig reaksjon på traume så opplevdes det hjelpsomt (Hunter, 2016). En av fordelene med å gå i gruppeterapi var at mange reaksjoner og atferdsmønstre ble normalisert for intervjusubjektene (Haramic, 2013). Samtidig ble det sagt at det å få en forståelse for at slik atferd ikke er normal i en populasjon uten den samme traumatiske fortiden hjalp klientene til å føle at ikke deres atferd og symptomer ble bagatellisert, og at tiden var inne for å lære ny atferd (Hunter, 2016).

I've been told that when I dissociate I can look really passive and my eyes usually go off in one direction. I have almost no facial expression and can speak about really difficult things quite matter of factly. My therapist has made me more aware that I use dissociation as a technique. Initially, I didn't even know dissociation was going on and for me, a valuable part of therapy has been helping me develop more of an awareness of the things that I do. (Hirakata, 2009, p. 303)

Dersom terapeuten påpekte styrken til klienten som hadde klart å overleve så mye så styrket det relasjonen og reduserte stigmaet forbundet med DID (Hunter, 2016). Det motsatt skjedde når DID ble forklart som en kjemisk ubalanse, en sykdom som var i personen og som var en form for svakhet, en form for galskap, og noe som gjorde at personen ikke var pålitelig (Hirakata, 2009; Hunter, 2016). Å fokusere på personen i rommet med alle deres personligheter, alle deres erfaringer, alt de har opplevd og kommet seg over er hjelpsom - altså å se dem som en sterk person som har opplevd mye framfor en diagnose opplevdes hjelpsom. Det var ikke hjelpsomt å ignorere DID diagnosen, altså opplevelsene personen kommer med. Å ha flere

personligheter, hukommelsesproblemer osv. preger disse personene (Allman, 2013) selv om ikke diagnosen alltid opplevdes hjelpsom (Hunter, 2016).

### ***Tema 2: Trygghet som nøkkelen til de låste dørene***

Det kom fram at trygghet var veldig viktig for at terapien skulle være til hjelp og føre til bedring. Noen intervjusubjekter rapporterte bl.a. at det kunne gå et år før de begynte å føle tillit ovenfor terapeuten, og at fram til dette skjedde, fram til delene følte at de kunne stole på terapeuten, så var det lite fremgang. Metaforen viser til at trygghet må til for at de dørene som ikke er åpent kan åpnes etter hvert, og at dette må skje før systemet kan kartlegges og traumeminnene bearbeides.

Once you have some inkling of trust then you can really get a lot more done, the person feels safe with you, they're going to actually tell you much more that can be really valuable for you to help them... (Allman, 2013)

Denne metaforen har tre subtemaer, med et refutasjonsanalytisk tema: *Er vi fysisk trygge?; Er vår indre verden trygg?; Hvor går grensen?; og Uten trygghet går vi ikke videre.* Å føle seg fysisk trygg samt psykisk og emosjonelt trygg er nødvendig for at tillit blir utviklet – tillit ovenfor terapeuten at de kommer til å bli, at de er stødige, og at de er noen som faktisk kan hjelpe heller enn at de er en person til som pasienten må “overleve” (Hunter, 2016). Det ble også avslørt flere faktorer som svekket trygghet, som gjorde i noen tilfeller at terapien ble avsluttet.

**2a) Er vi fysisk trygge?** Trygghet dreier seg først og fremst om trygghet der pasienten er. Pasienten skal føle seg trygg når de er hos terapeuten ved at terapeuten lager et trygt rom der pasienten blir tatt vare på (Jordaan, 2016).

At the end of the session, when I was 'there' and conscious of my surroundings... he explained what happened. But it was not as bad because there was someone who knew

what he was talking about. We walked very carefully and very gently, but when I was there, it was a very safe environment, a very safe setup. (Jordaan, 2016, p. 102)

Det ble rapportert at når terapeuten ikke låste døra og det kom inn en fremmed person, så valgte informanten å avslutte terapi for at noe så grunnleggende ble ikke tatt hensyn til (Jacobsen et al., 2015). Å skape trygghet ved å gjøre terapierommet nøytral og varm ble rapportert av noen å hjelpe med å kunne åpne seg for terapeuten (Haramic, 2013; Jordaan, 2016). Noen rapporterte at etter hvert som terapeuten ble assosiert med trygghet så kunne de bruke bilder av terapeuten, ringe terapeuten sin telefonsvarer eller bruke lydopptak av mindfulness øvelser terapeuten lagde for å stabilisere seg dersom de følte seg utrygge utenfor terapierommet. Ting som mintes om terapeuten fikk en stabiliserende effekt (Jacobsen et al., 2015). I tillegg ble det rapportert som hjelpsomt dersom terapeuten hjalp pasienten til å lage en liste over ting de kunne gjøre hvis de var en fare for seg selv, altså en trygghetsplan (Allman, 2013).

**2b) Er vår indre verden trygg?** Mange DID pasienter rapporterer indre kaos, tvil på seg selv, dårlig selvtillit, selvklandring og mye som er både vondt og bra. Opplevelsen av at ens indre verden er trygg er en blanding av flere faktorer. Disse inkluderte å bli trodd når en fortalte om symptomene sine (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015) samt om traumehistorien en bærte på (Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Det som klienten sier i terapitimen, må bli trodd. Flere intervjuobjekter rapporterte hvordan det var når de ble møtt med skepsis, å bli fortalt at ikke DID finnes, traumene var oppdiktet eller at de fant på symptomene og opplevelsene selv (Zeligman et al., 2017; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Samtidig er ikke det selve fortellingen som må bli trodd, og heller ikke bekreftet. Når terapeuten tror på emosjonene og den subjektive opplevelsen som pasienten rapporterer fører det til at pasienten og alle dens identiteter føler de kan åpne seg for terapeuten (Allman, 2013; Hunter, 2016). En intervjuobjekt sa:

That's the main thing: because he believed my story, alter personalities felt they could show themselves. There came some closure for them (alter personalities) and, as the parts healed and as I learnt to accept this new truth, in the end, they integrated, they became part of me again because it wasn't necessary anymore for them to carry what they carried. (Jordaan, 2016, p. 102)

Terapeuter som skapte en følelse av trygghet var tålmodige, og viste at de var klare for å jobbe sammen med klienten i det lange løpet (Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

Abreaksjon, katarsis og traumefortellinger og prosessering av traumer oppstod først etter tryggheten var etablert. Tryggheten økte når terapeuten tok imot disse uten å være dømmende, med ubetinget aksept ovenfor klienten og deres opplevelser (Haramic, 2013). Tillitsvekkende terapeuter bryr seg, som vises både ved at de lytter, svarer aktivt på det de hører og på det de ser av kroppsspråk, samt at de viser emosjoner som vekkes ved klienten sin fortelling (Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016).

Det ble rapportert at det å ha en terapeut som var i omtrent den samme emosjonelle tilstand hver gang pasienten kom tilbake gjorde pasienten tryggere på terapeuten. Det å se at ikke terapeuten ble sjokkert, skremt eller overveldet av hva pasienten sa gjorde dem tryggere, og hjalp dem til å gå videre (Hunter, 2016). Altså terapeuten trenger en slags stabilitet, må kjenne seg selv og være kjent med sine emosjonelle reaksjoner dersom de skal skape trygghet for klienten. Disse terapeutene opplevdes å hjelpe klienten mot bedring.

**2c) Hvor går grensen?** Noen av intervjusubjektene fortalte at de opplevde bedring når terapeuten hadde fleksible grenser (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Andre opplevde forverring av dette. Det å ha fleksible grenser vil si at terapeuten sa eller gjorde noe som gikk lengre enn profesjonalismen. Hva gjelder fysiske grenser var det noen som

opplevde at de ble tatt vare på, at de ble møtt som person og at terapien var bedre med fysisk kontakt, mens andre opplevde fysisk kontakt som ubehagelig (Hunter, 2016). Det var viktig å ha grenser hva gjaldt relasjoner. Noen opplevde at terapeuten trang seg inn i familien som opplevdes dårlig i forhold til den terapeutiske prosessen (Jordaan, 2016).

Når terapeuter var fleksible med grensene og gikk langt for å møte og hjelpe klienten, ble dette opplevd som hjelpsomt (Allman, 2013). For noen ble terapeuten en viktig tilknytningsfigur, som opplevdes viktig for dem; “At this point I consider her... my adoptive mother because my mother was not capable, nor did she desire to be a mother.” (Allman, 2013, p. 86). Det ble opplevd som dårlig når terapeuten gjorde klienten for avhengig av seg (Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016; Jordaan, 2016); “Boundaries are a huge issue for me as well... especially when you have small parts that just want to grasp onto any take care of me figure.” (Jacobsen et al., 2015, p. 314). Det er hjelpsomt når terapeuten er klar over rollen sin og er menneskelig i kontakt. Samtidig så er dette mennesker som har opplevd mye forskjellig, deriblant svikt fra foreldre og forskjellige former for fysisk og seksuelt traume. Å ha fleksible grenser trenger ikke å bety at terapeuten bruker fysisk kontakt, blir med pasienten til politistasjonen, eller opptrer som en tilknytningsfigur, som illustreres av følgende sitat

I like having this compassion with boundaries. He’s not doing anything inappropriate, he’s showing the humanness... He doesn’t touch but he’s reaching out by, “I’m okay. I’m here for you, I understand and I accept what you’re saying is affecting you,” yet “I’m professional too. (Jacobsen et al., 2015, p. 318)

**2d) Uten trygghet går vi ikke videre.** Trygghet er noe som må bygges opp og som kan fort svekkes – ved å vise sjokk når personen forteller om traumer, ved å avise personen, ved å lyve for personen, ved å avslutte terapi før pasienten er klar, osv (Jacobsen et al. 2015; Hunter,

2016; Jordaan, 2016). Om ikke alle føler seg trygge og ivaretatt både fysisk og psykisk kan pasienten sine alternative identiteter velge å skjule seg; “We (various parts) made a concerted effort to hide it from her. It was not helpful because everything was so hidden: we couldn’t tell them the truth, so everything was superficial.” (Jordaan, 2016, p. 82). Trygghet oppstår i en genuin relasjon der terapeuten viser at bryr seg om pasienten ved sin medmenneskelighet – tålmodighet, tro på pasienten og det pasienten sier, fleksible grenser, Rogerianske betingelser for terapi, genuin omsorg ovenfor pasienten og et ønske om og tro på klientens bedring (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

### ***Tema 3: Å finne fram til verktøyene som fungerer***

Intervjusubjektene rapporterte om mange nyttige tilnærminger til problemene og symptomene. I denne metaforen sammenlignes psykologiske intervensjoner og metoder med verktøy for å påpeke at det skal mye forskjellig til for at pasienten skal klare å nå deres terapeutiske mål. For en liste over intervensjoner som mennesker med DID rapporterte at var hjelpsom se tabell 4.1. Verktøyene som pasientene lærer å bruke bør komme etter en terapeutisk allianse er blitt etablert innenfor de mer abstrakte rammene av trygghet og tillit (Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Når ikke dette skjer oppleves terapi som lite hjelpsom, og i verste fall skadelig (Hunter, 2016).

Å få teknikk for å finne ro når alt blir kaotisk, altså «grounding techniques», opplevdes hjelpsomt. Mange opplevde bedring hva gjaldt indre kaos når de fikk hjelp til å kartlegge personlighetssystemene sine (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016). Forbedret kommunikasjon mellom delene gjorde både at flere alternative identiteter fikk med seg det som skjedde i terapien og at de ble lettere for pasienten å fungere i det daglige livet (Allman, 2013; Jordaan, 2016). Å gi oppgaver til de alternative identitetene når de ble identifisert og relasjoner

disse imellom ble etablert var nyttig (Allman, 2013). Økt medfølelse og aksept for alternative identiteter var også hjelpsom (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015). Her var det igjen avhengig av den gode relasjonen; når terapeuten var aksepterende ovenfor delene lærte pasienten også å være mer aksepterende ovenfor delene og da ovenfor seg selv.

... she's like, "No, they have their story and have their job and it's for a reason... maybe eventually their... role or job may... evolve into another way to help." Like, you know, certain parts of me are outgoing and certain parts of me are introverted; certain parts of me, you know, are fearful... so any time I try to downplay any part like I don't want to deal she's like jumping in and trying to say "No, no you can't! They're all valuable. There's no good or bad. (Jacobsen et al., 2015, p. 317)

Når pasienten opplever aksept for delene kan de oppleve at delene forteller sine traumehistorier. Da kan det skje enten at de blir integrert, eller at verten og alternative identiteter har det bedre og oppnår et bedre samarbeid og forbedret hverdagslig fungering (Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

**3a) Mange veier til Roma.** DID pasienter rapporterte at det var hjelpsomt når terapeuten kunne mange forskjellige tilnærminger til problemene som dukket opp (Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Når terapeuten hadde lengre erfaring kunne de hente fram mange forskjellige verktøy pasienten hadde, ettersom behovene endret seg med tid; "I think that there's some things that are more appropriate for crisis... and then there were other, like the reframing and the mindfulness stuff were really good at a later stage." (Hunter, 2016, p.102). Dette har også implikasjoner når det er snakk om flere identiteter med forskjellige erfaringer av seg selv; "She gets down on the floor with the kids and colors and plays with play-doh... you have to meet them at their developmental age" (Allman, 2013, p. 77). Terapeuter som hadde mye erfaring

opplevdes som mer hjelpsomme i bedringsprosessen. Men ikke om de tok over og styrte alt slik at pasienten sine ønsker ikke kom fram (Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016). Det som er viktig er at pasienten lærer å anvende verktøyene selv og myndiggjøres til å kunne benytte de utenfor terapirommet. Intervjusubjektene fortalte om å ha opplevd dialektisk atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk psykoterapi og interne familiesystemer terapi uten at det var en av disse som var best. Hver av disse hadde sin nytte (Hunter, 2016), men dersom ikke terapeuten klarte å møte klienten etter hvert som klienten vokste og utviklet seg, så stagnerte terapien (Jordaan, 2016). Samtidig var ikke det bare verktøyene som førte til bedring;

My therapist is genuine in our relationship, and I think that's crucial because survivors of trauma know. We know how to recognize whether a person is being real or not, and she needed to be genuine with me in order to be successful... In some ways, your research is looking for techniques that therapists can use to help a person who dissociates, but it's really not about techniques. It's about the therapeutic relationship. (Hirakata, 2009, p. 307)

**3b) Vet du hva det går i?** Det kom også fram at mange terapeuter opplever at ikke de har kompetansen til å hjelpe mennesker med DID (Hunter, 2016). Når dette skjer opplever DID overlevende å bli møtt på en dårlig måte, tvangsinnlagt, møtt som den verste terapeuten har truffet enda, feildiagnostisert og feilbehandlet (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

There's a lot of people that are curious and interested and it's like, it's fine to be curious and interested, but you shouldn't be practicing for that reason, that's really uncool and you're more likely to unintentionally do great harm and that would be really sad for everyone. (Allman, 2013, p. 75)



Terapeuter som ikke har erfaring og ikke er motivert til å lære underveis, som bare er nysgjerrige, ble anbefalt å ikke være terapeut for mennesker med DID ettersom de kan årsake mye smerte og til og med traumatisere pasienten på nytt (Hunter, 2016).

It's been something that I've needed to manage with as much care and as much consideration as shit like being homeless or being abused of sorts. It's been that awful... the mental health services have probably been as much if not more of a threat to recovery and feeling ok with myself than all of my traumas have been. And they've certainly been highly traumatic. (Hunter, 2016, p. 145-146)

Det var ikke alltid nødvendig for terapeuten å gjøre noe for at pasienten skulle få det bedre. Å bare være der med klienten når de fortalte om deres vonde opplevelser ble rapportert å føre til bedring (Hunter, 2016). Videre var det hjelpsomt når terapeuten viste emosjoner når pasienten fortalte historien sin, uten at terapeuten ble overveldet av traumehistorien.

#### ***Tema 4: La pasienten vise veien til bedring***

Mennesker med DID opplevde god hjelp når terapeuten kunne mye samtidig som ikke de kontrollerte alt som skjedde i terapirommet. De gode terapeutene lot pasienten styre, og viste tillitt ovenfor pasienten (Hirakata, 2009; Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

It helps because my therapist embodies the fact that this is my journey... I may not be ready to go somewhere but my therapist will radiate a sense of confidence in me that says, "Okay, when you're ready we'll go there, and when we go there we'll go together (Hirakata, 2009, p. 9)

Når terapiforløpet er basert på en kollaborativ tilnærming der pasienten og terapeuten er likestilt er det mer nyttig for pasienten (Hunter, 2016). Det hjelper når terapeuten og pasienten finner ut sammen de praktiske rammene for terapien: når de skal treffes, hvor ofte de skal treffes

og hvor lenge terapitimene skal vare i (Jacobsen et al., 2015). Videre skal klienten være den som bestemmer målene med terapi, ikke terapeuten (Hirakata, 2009; Hunter, 2016).

**4a) Gå med oss framfor å lede oss.** Når terapeuten ikke kommer med en ovenfra-ned holdning, så hjelper det pasienter med å finne sin egen vei til sannheten (Hirakata, 2009; Allman, 2013; Hunter, 2016). Som et intervjusubjekt sa, “Shrinks that get that and follow along with my process rather than try to dominate me with their processes, that works really well and that’s been really helpful.” (Hunter, 2016, p.103). Når terapeuten kontrollerer terapi og tar en autoritær rolle, opplever klienter at de får mindre motivasjon til å finne ut av ting selv og at de til og med motstår terapiprosessen; “I think therapy can’t happen without me. I think I’m the primary role... if I’m not willing to show up and do the work then nothing is going to happen.” (Allman, 2013, p. 79).

Intervjusubjektene rapporterte at de viser ikke alltid hvordan de har det, og at det eksterne gjenspeiler ikke det som skjer på innsiden (Hunter, 2016). Flere sa at de gjorde sitt beste for å gjøre terapeuten fornøyd: “People like me are adaptable, they adapt to the position of authority. They take the position of the other person, regularly.” (Hunter, 2016). Å ikke vite hvordan pasienten har det samt å ha en klient som vil at terapeuten skal være fornøyd fører ingen vei ettersom det blir ikke gjort noe med det som klienten vil ha hjelp med. På den andre siden så ble det vist til terapeuter som hørte det klienten sa, og det som ikke klienten sa – terapeuter som opplevdes å gå forbi ordene og virkelig forstå hvor klienten var; “I don’t think you can teach that... I think it’s a lot of intuition from working with a lot of clients. But for me I need that because... I know what’s going on... then she’s like ‘Right. Now what’s really going on?’” (Jacobsen et al., 2015, p. 318). Selv når terapeuten er veldig inntunet og ser at klienten har andre ting på hjertet enn det de snakker om, så skal de ikke på grunnlag av intuisjon ta over styringen.

Det skal heller brukes som en mulighet til å komme inn på det som virkelig er viktig for klienten (Hirakata, 2009; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016).

En tilnærming der pasienten sin stemme ikke kommer fram og der terapeuten tror de vet best kan være skadelig. Når intervjusubjekter opplevde tvang så opplevdes det dårlig, noe som bare forverrer (Hunter, 2016). Dette gjelder både for sykehus innleggelser og for medisinerer. Frivillig bruk av medisin mot enkelte symptomer kan være nyttig og nødvendig for terapi (Allman, 2013). Bruk av “drug-cocktails” derimot er ikke hjelpsom, og oppleves å motvirke det terapeutiske arbeidet (Hunter, 2016).

**4b) Ikke jakt etter sannheten.** Et problem som rapporteres ved prosesseringen av traumatiske minner er nettopp i hvor stor grad man skal tro på det som klienten sier som bokstavelig sant. Hunter påpeker kontroversielle emner som kan komme opp i traumeprosessering med personer med DID som husker, for eksempel, satanic ritual abuse (2016). Samtidig påpeker Jordaan at akkurat denne gruppen er spesielt utsatt for å bli mistrodd og sett ned på av profesjonelle helsearbeidere (2016), noe som opplevdes dårlig spesielt når det gjelder den terapeutiske alliansen. Hunter og Jordaan påpeker at mennesker med DID står i fare for å tvile på sine egne minner, og at de har det lett for å bli påvirket av det terapeuten sier og ønsker. De kan bruke en del tid på å prøve å finne ut av hva som er ekte og hva som ikke er ekte.

I'm particularly aware of that, like... I doubt my memories and all, but I make every effort to ensure that I'm not absorbing someone else's stuff... it just gets really tricky, and I really wanna make sure that what I'm remembering is 100% correct (Hunter, 2016, p. 111)

Samtidig er det ikke alt som huskes som er “ekte” sett fra et objektivt ståsted.

Intervjusubjektene påstår at terapeuten ikke trenger å ta stilling til den bokstavelige sannheten av

det de husker. Når dette skjer og så kan det oppleves bekreftende og validerende, men uten at det fører til bedring (Jordaan, 2016). Det som ble rapportert å hjelpe er å bli hørt på en ikke-dømmende, varm og empatisk måte, å ha mønstrene i minnene påpekt, å bli spurt i hvor stor grad man tror på minnene dersom de virker terapeuten falske, og at følelsene og det subjektive innholdet i minnene blir validert uansett hva innholdet er (Hunter, 2016; Jordaan, 2016; Zeligman et al., 2017).

**4c) Et helhetlig syn på pasienten.** Det ble sagt at selv om terapeuten har lang erfaring og har hatt flere pasienter med DID, så er alle med DID ulike – har du møtt én person med DID så har du møtt én person med DID (Allman, 2013; Hunter, 2016). Noen har lyst på integrasjon, noen har lyst å jobbe med symptomene, andre har lyst å jobbe med utfordringene de opplever i hverdagen. Noen intervjusubjekter rapporterte at de hadde et mål om å finne mening i det de har opplevd framfor å oppleve integrasjon (Hunter, 2016). Det var hjelpsomt når terapeuten ikke prøvde å få de til å integrere, men heller til å se seg selv i et større bilde og å etablere nye nettverk innad og utad (Allman, 2013; Hunter, 2016). “I think people that push people to so-called integrate, that is the focus or the end goal, I think they’re really missing the point of what is really best for any individual.” (Allman, 2013, p. 84). Å få jobbet med eksistensielle spørsmål, åndelige spørsmål og andre ting enn selve symptomer ble også sett som hjelpsom – uten at dette måtte være innenfor et visst religiøst rammeverk (Hunter, 2016).

Having some purpose to live for...where no matter what I'm going through, I know I have to get up and keep going... I want to die knowing that I worked, every day I worked my gut off and I reached for it...having something like that, having a purpose to live for, it vivifies life...otherwise, like why? During the bad times, why just keep on fighting?  
(Hunter, 2016, p. 152)

Når det gjelder åndelig eller religiøse spørsmål så er det også viktig at klienten dirigerer og presenterer sine behov framfor at terapeuten trekker inn sine synspunkter, spesielt når det gjelder folk som opplevde overgrep innenfor en religiøs kontekst (Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Terapi som oppleves å gi bedring er terapi der pasienten eier den subjektive opplevelsen som skal formidles og bearbeides på pasienten sin måte. Den kan forstås som en slags kunst, der rammer og teknikk kan gi trygghet, men kan også føre til stagnasjon (Jordaan, 2016; Allman, 2013). Terapi som fører til bedring tillater pasienten å jobbe i sitt tempo med en terapeut som våger å gå inn i det ukjente landskapet og tør å være med pasienten der andre ikke våger seg - på pasienten sine premisser.

### Diskusjon

Målet med denne metasyntesen var å finne ut av hvordan mennesker som har fått terapeutisk behandling for DID erfarer at terapien har ført til bedring. Tre overordnede metaforer ble funnet i den gjensidige oversettelsesanalysen; *opplevelse av terapeuten som en trygg person; dette blir en lang prosess; og de terapeutiske relasjonene*. Lines-of-argument syntesen resulterte i fire metaforer: *et kart over ukjent territorium; trygghet som nøkkelen til de låste dørene; å finne fram til verktøyene som fungerer; og la pasienten vise veien til bedring*. En refutasjonsanalyse resulterte i to metaforer: *hvor går grensen? og ikke jakt etter sannheten*.

Det ble funnet at trygghet er noe av det viktigste i terapi med mennesker med DID. Dette støttes av nevrologisk forskning (Rossouw, 2013) og annen kvalitativ forskning (f.eks. Isobel et al., 2021), og er en del av stabiliseringsfasen (ISSTD, 2011). Gjennom synteseprosessen ble det funnet to forskjellige typer trygghet. Fysisk trygghet dersom de var i fare fra andre, trygghet hva gjaldt at ingen skulle avbryte for terapien, trygghet i terapeutiske omgivelser – å kjenne at de kunne fysisk føle seg trygge. Den andre formen for trygghet oppstår når pasienten merker at de

kan åpne seg for terapeuten – at terapeuten er til å stole på. Ettersom mennesker med DID har ofte opplevd mye trauma så gir dette mening – de har et system som er på vakt etter trusler utenifra, og har lært å ikke stole på personer de burde hatt tillit til. Når omgivelsene er trygge, kan det føre til nye læringsopplevelser som gjør at personen kan bedre håndtere de stressutløsende stimuli de bærer på i sin indre verden (Rossouw, 2013; Greenberg, 2020). Dette er i tråd med forskning på den terapeutiske alliansen og nevrologiske studier som tyder på at trygghet fører til bedre utfall når det gjelder tilknytning og reduksjon i stressnivåer (Norcross, 2011; Rossouw, 2013; Greenberg, 2020).

*Opplevelse av terapeuten som en trygg person og de terapeutiske relasjonene* speiler hverandre, og det kan stilles et spørsmåltegn ved om disse bør være to atskilte metaforer. Noen argumenterer for at terapeuten er det viktigste verktøyet i terapiprosessen, så det er lite overraskende at så mye som ble rapportert å hjelpe eller skade handlet om terapeuten som person, og om relasjonen mellom pasienten sitt personlighetssystem og terapeuten (Orlinsky et al., 1994; Norcross, 2011). I tillegg er dette noe som skiller DID fra andre diagnoser – at det er flere personligheter, og at disse må forholde seg til terapeuten og terapeuten til disse (Ross, 1989; ISSTD, 2011). En del av funnene i denne metaetnografien om hvordan terapien kan forbedres gjelder hvordan terapeuten forholder seg til personen med DID. Selve verktøyene var viktige, men intervjusubjektene fortalte at innenfor terapirrommet så var det først og fremst relasjonen som var viktig for bedring (Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016), noe som støttes av forskning (Norcross, 2011; Flueckiger et al., 2012; Cronin et al., 2014). Det å ha en terapeut som er tillitsvekkende kan være særlig viktig med traumatiserte populasjoner nettopp fordi deres opplevelse viser at de man skulle kunne stole på er de som har sviktet (Paivio & Patterson, 1999; Cloitre et al., 2004; Keller et al., 2010). En studie påpekte nettopp hvor viktig det er å kunne

lytte, være fleksibel og være genuin ovenfor pasienter diagnostisert med PTSD (Laska et al., 2013), noe som kan tenkes å være relevant for mennesker med DID dersom en forstår DID som årsaket av trauma. Funnene her gir dybde til resultatene av disse kvantitative studiene ved at de viser hvordan den tryggheten terapeuten skaper innenfor den terapeutiske alliansen oppleves av pasienter - både i forhold til fysisk og psykisk trygghet. Når alle identiteter er velkomne og terapeuten er inkluderende og aksepterende ovenfor alle, så kan de etter hvert føler seg klare til å dele alle de traumatiske minnene de bærer på (Allman, 2013; Jacobsen et al., 2015; Hunter, 2016; Jordaan, 2016).

Videre kan terapeuten viser pasienten at de har en forståelse for hva pasienten opplever, *et kart over ukjent territorium*, som kan gjøre at pasienten føler seg mer trygg i forhold til seg selv (Fox et al., 2013; Hunter, 2016). Dette kartet kan hjelpe pasienten å bedre forstå seg selv, og å forstå at terapiprosessen kommer til å bli langvarig. Når pasienten skjønner at terapiprosessen skal ta tid, men at terapeuten ikke kommer til å forsvinne, så hjelper det pasienten å føle seg trygg på terapeuten (Allman, 2013; Jordaan, 2016). Dette er i tråd med anbefalingene fra ISSTD og andre eksperter (ISSTD, 2011; van der Hart et al., 2017).

*Å finne frem til verktøyene som fungerer* kommer etter etableringen av trygghet fordi behandling uten relasjon er noe som oppleves å ikke fungere. Bruk av en eller annen manual, uansett kvaliteten på manualen, kan ikke erstatte de mellommenneskelige aspektene ved psykoterapeutisk behandling som vises til i *trygghet som nøkkelen til de låste dørene* (Norcross, 2011). Funnene i metasyntesen tyder på at en tilnærming til psykologisk behandling som ser symptomer og problemer fremfor mennesker kan ha en dårlig effekt for mennesker med DID. Personen er et menneske som har et behov for hjelp. Men bruk av en ovenfra-og-ned tilnærming oppleves uhjelpsomt (Hunter, 2016). Verre blir det når helsepersonell velger å utøve tvang, enten

det er medisinerer eller innleggelse. Bruk av slik tvang kan oppleves traumatiserende, og Hjorthoj og kollegaer fant at tvungne psykiatriske intervensjoner assosieres med en økning i fullført selvmordsforsøk (2014). Ettersom personer med DID har en forhøyet risiko for å forsøke å ta selvmord (ISSTD, 2011), så er det viktig å huske på dette når man vurderer en tvangsinnleggelse. I Norge er det rapportert at det er mer bruk av tvang enn i andre europeiske land, noe som forsøkes redusert med nye lover og forslag til hvordan sett i gang endringer i det psykiske helsevesenet slik at disse tas hensyn til (Norske Psykologforening, 2021). Samtidig er det begrensninger for hvordan psykologer kan få behandlet pasienter, med innføring av pakkeforløp som et eksempel på en biomedisinsk tilnærming der det kanskje ikke fungerer (Ådnanes et al., 2021). Å bruke en tilnærming som ikke bare ser på dem som sykdommer, men som anerkjenner deres styrke og som myndiggjør dem til å ta kontroll over eget liv ble rapportert som positivt. Det er viktig at psykologer kontinuerlig vurderer dette. Et lovverk som bytter den gode alliansen for tidsbegrenset psykoterapeutisk behandling kan kanskje gjør skade der intensjonen var å hjelpe flest mulig. En tilnærming til behandling som forstår verktøy som viktigere enn relasjonen og den tid som trengs for å bygge relasjon må utforskes mer i forhold til behandlingseffekter.

Subtemaet *Vet du hva det går i* har en sammenheng med empiriske funn om terapeuter som mangler kompetanse til både utredning og behandling (Leonard et al., 2005). Temaet som kommer etter, *La pasienten vise veien til bedring*, gjør et poeng av noe som kan komme som følge av dette - terapeuter som ikke vet nok om DID og som feilbehandler DID kunne opplevdes bedre om de lyttet til pasienten sin fortelling framfor å tvinge pasienten sin fortelling inn i noe annet (Hunter, 2016). Mange i disse studiene ble feildiagnostisert og feilbehandlet i flere år, som også speiler forskningen (Ross, 1989; Reinders et al., 2019). Dette tyder på at det trengs flere



psykologer som kjenner til DID og dens symptomer og markører samt bedre rutiner i diagnostiske prosesser.

Disse funnene viser nødvendigheten av å ha terapeuter som er etisk bevisst og tar høyde for de etiske prinsippene av respekt, kompetanse og integritet (Norsk Psykologforening, 1998). Kompetanse kan overholdes ved å lære seg nye ferdigheter som er i tråd med økende kunnskap om traumer og deres påvirkning. Respekt kan overholdes ved at klienten sin stemme kommer fram i terapirommet, noe som er lovfestet i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Slik kan det unngås at pasienten blir krenket eller undertrykt i terapirommet. Det trengs også kontinuerlig drøfting av hva som skal gjøres i terapirommet sammen med pasienten - og ved å ha innsjekk kan man som terapeut unngå at terapien stagnerer. Ikke minst er integritet en viktig del ettersom noen pasienter rapporterte å ha hatt terapeuter som løy om deres kompetanse til å kunne behandle dem. Det er et behov for et slags intellektuell og terapeutisk ydmykhet der terapeuten kan anerkjenne at klienten kjenner sin indre verden og sine opplevelser bedre enn det terapeuten gjør (Anderson & Goolishian, 1992).

En del av en slik ydmyk posisjon blir å la pasienten fortelle selv om hva som er viktig – *la pasienten vise veien til bedring*. Å prøve å få pasienter til å ha som mål å integrere alle sine personlighetene, for eksempel, kan gå mot sin hensikt ettersom de alternative personlighetene er ikke nødvendigvis problematiske for personen (Allman, 2013; Hunter, 2016). Terapeuter kan heller fokusere på pasienten sin definisjon på bedring (Mead & Copeland, 2000).

### **Implikasjoner**

Mange av funnene her støtter ISSTD sine anbefalinger der det overordnede er å bruke gode verktøy innenfor en god terapeutisk relasjon, med pasienten sine mål i fokus (2011). Brand sine funn viser også at pasienter fikk dårligere utfall med terapeuter som var uerfarne, som holdte

seg til kun noen få tilnærminger, og som ikke kunne nok om faseorientert traumebehandling (Brand et al., 2009). Siteringene i metasyntesen støtter DID som årsaket av traume, og mange uttrykte at terapien var hjelpsom når traumer ble jobbet med (Hirakata, 2009; Allman, 2013; Hunter, 2016). Noen av implikasjonene fra denne metasyntesen er ganske positive ettersom det viser at terapeuter oppleves av mange å gjøre en god forskjell. Men det kan også være nedslående ettersom det er ikke alltid terapeuter lykkes med dette. I verste fall kan en velmenende terapeut påføre det som pasienten opplever som traume (Allman, 2013; Hunter, 2016). Dette kan bli enda verre dersom terapeuten ikke tar på seg skylden for dette og heller skylder på pasienten – altså dersom ikke terapeuten viser integritet og respekt ovenfor klienten.

Men det å ikke vite hvordan man skal tilnærme seg traumer, altså traumeinformert terapi, er ikke en uvanlig opplevelse ifølge de primære dataene som ble brukt (Hirakata, 2009; Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Noen terapeuter nærmet seg ikke traumeopplevelsene, til tross for at dette er anbefalt av retningslinjene og ofte ble uttrykt som ønskelig av intervjusubjektene (ISSTD, 2011; Allman, 2013; Hunter, 2016; Jordaan, 2016). Dette kan tyde på et behov om bedre opplæring i hvordan behandle traumer når dette kommer opp i terapirommet hos utdanningsinstitusjoner. Som Connors påpeker, er dette et tema som må tas opp ettersom det mangler terapeuter som har kompetansen til å behandle denne lidelsen – han beskrev jakten på kompetente terapeuter som å lete etter “a needle in a haystack” (2018, p. 1). Terapeuter bør kjenne til DID slik at de har kompetansen til å utrede og diagnostisere det når det kommer opp i terapirommet. Samtidig kan dissosiasjon være en barriere i den terapeutiske prosessen, og en deltaker påpekte at når ikke tillitt har blitt etablert så gjemte hun sine DID symptomer (Jordaan, 2016).

Mer forskning trengs for å berike diskursen rundt dette fenomen. Forskning som fanger opp brukeropplevelsene av mennesker som har opplevd faseorientert traumebehandling for DID i en norsk kontekst kunne vært spesielt nyttig. Dette fordi mange av studiene som ble inkludert ble utført i land der psykoterapeutisk behandling er dyrt, noe som gjør at ikke alle kan få behandling. En norsk kontekst kan ha andre utfall ettersom systemet i Norge er mer omfattende enn det som er i USA og Sør-Afrika. Det trengs mer forskning på menn sine opplevelser av terapi for å fange opp hva som er kjønnsespesifikke deler av DID, og om det oppleves forskjeller i behandling på grunnlag av kjønn.

### **Begrensninger**

Et problem med denne oppgaven er at det er bare to personer som tolker dataene, forfatteren og veilederen, som begge har en psykologfaglig bakgrunn. Ettersom forskjellige fagpersoner med andre bakgrunner – for eksempel sykepleiere, musikkterapeuter, psykiatere, m.m. – kunne ha forholdt seg til disse dataene på andre måter enn det jeg gjorde, så kunne en mer tverrfaglig gruppe forskere endret hvordan disse dataene ble tolket og forstått (Sandelowski & Barroso, 2007). Men denne oppgaven ble utført med psykoterapi som hovedfokuset, med et mål om å bedre forstå opplevelser mennesker med DID har hatt i terapi, spesifikt de opplevelsene som førte til bedring. Da er det viktig at psykologer og andre terapeuter kan anvende informasjonen. På denne måten kan noen av målene oppfylles: mennesker med DID kan få oppleve et bedre og mer sensitivt terapiforløp med terapeuter som forstår at ikke det må være de nyeste og beste verktøy som anvendes, og der ikke personen presses gjennom det psykiske helsevesenet og behandles med manualer fremfor av mennesker.

Et annet problem ligger i selvrapportert informasjon som hentes inn fra personer som sier selv at de er lett påvirket av autoritetspersoner sine ønsker (Hunter, 2016). Det kan være at

forskjellige svar hadde blitt gitt av alternative identiteter og verten, og til og med denne inndelingen kan kritiseres ettersom det ikke er sikkert at det er en personlighet som er verten. Forskjeller i minnene mellom forskjellige deler av personlighetssystemet kan gjøre en endring i hva som ble rapportert å ha ført til bedring (ISSTD, 2011). Hunter rapporterte at deltakere i sine intervjuer lurte på om Hunter selv hadde DID basert på måten spørsmålene ble stilt på - noe Hunter verken bekreftet eller avkreftet ovenfor dem (2016). Men det var Hunter som fant at noen hadde opplevd terapi som traumatiserende. Hadde lignende funn blitt gjort av andre personer med DID som forsket på DID med et slikt fenomenologisk blikk? Denne oppgaven en tolkning av andre forskere sine tolkninger av det som ble sagt av intervjusubjekter – altså tredjehånds tolkninger (Noblit & Hare, 1988). Det er viktig at disse tolkningene leses som det de er – tolkninger, og ikke objektiv sannhet.

### **Konklusjon**

Opplevelser av terapi blant mennesker med DID er like forskjellige som selve menneskene som rapporterer dem inn. Kompleksiteten av diagnosen og symptomene gjør det til et tema som har mange vinklinger, og opplevelsene a terapi er variert. Samtidig fremstår noen enkelte nøkkeltémaer som var viktig for de som deltok i de kvalitative studiene som ble brukt i denne metasyntesen. For disse menneskene så er den opplevde bedringen delvis et resultat av tryggheten som dannes i terapi – ved at terapeuten vekker tillit og viser at de virkelig bryr seg om pasienten sin. Mye inngår i dette, men når først trygghet ble etablert og pasientene med DID fikk oppleve at de kunne utforske traumene sine, at ikke de ble forlatt underveis, så opplevdes dette å føre til bedring. Alt annet i terapien kom etter den gode, trygge relasjonen var etablert mellom terapeuten, verten og alle de alternative identitetene.

Men det er mye som ikke er så tydelig, og terapeuten må selv ta valg når det ikke er noe klart svar. Dette gjelder etableringen av grenser og søket etter sannheten i pasienter sine fortellinger. Da er det viktig at terapeuten har klare grenser for seg selv og at de er kjent med lovverket, etikken og andre regler innenfor de systemene der de jobber – eksempelvis regler ved en DPS om kontakt mellom timene. Disse aspektene ved terapi avhenger både av pasienten, terapeuten, og systemene rundt dem. For terapeuten blir det viktig å huske at alle med DID er forskjellige, at det de har til felles er ofte bare noen av symptomene sine (Hunter, 2016). Da kan de spør, finne ut hvilke behov en ny pasient med DID har, og finne ut hvordan de kan møte pasienten på en ansvarlig måte.

Mitt håp er at ny forskning, forbedret terapi og en bedring i systemer rundt terapi når det gjelder DID kan etter hvert finne sted. Dette gjelder også utdanning av terapeuter, samtidig som jeg ikke har kjennskap til hvordan det er ved andre universiteter. Mer forskning på trygghet i terapirommet kan også være bra ettersom det har så mye å si for opplevelsen av terapi. Det er et behov for forskning i Norge som kan vise de spesifikke behovene til mennesker med DID som bor her, terapeuter som holder seg informert om dette, og et psykisk helsevesen som virkelig ser personer med DID for det de er; en heterogen gruppe med hver sin vei til bedring.

### Referanser

- Albaek, A., Kinn, G., & Milde, A. (2018). Walking children through a minefield: How professionals experience exploring adverse childhood experiences. *Qualitative Health Research, 28*(2), 231-244. DOI: 10.1177/1049732317734828
- Allman, M. (2013). *Understanding the treatment experiences of individuals diagnosed with dissociative identity disorder* (Publication No. 3561911) [Clinical dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7<sup>th</sup> ed.). American Psychological Association.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage Publications, Inc.
- Beston, G., Holte, J. S., Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2008). *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid*. (Rapport nr. 8) Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Blizzard, R. (2003). Disorganized attachment, development og dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*(3), 27-50. DOI: 10.1300/J229v04n03\_03
- Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 490-500. DOI: 10.1037/a0026487

- Brand, B., Classen, C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment outcome studies. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 646-654. doi:10.1097/ NMD.0b013e3181b3afaa
- Brand, B. L., Lanius, R., Vermetten, E., Loewenestein, R. J., & Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *Journal of Trauma and Dissociation, 13*(1), 9-31. doi:10.1080/1 5299732.2011.620687
- Brown, D., Frischholz, E., & Schefflin, A. (1999). Iatrogenic dissociative identity disorder: An evaluation of the scientific evidence. *Journal of Psychiatry and Law, 27*, 549-638. DOI: 10.1177/009318539902700308
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A., & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development, 69*(4), 1107-1128. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411-416. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.411>
- Connors, K. J. (2018). Dissociative and complex trauma disorders in health and mental health contexts: Or why is the elephant not in the room? *Journal of Trauma and Dissociation, 19*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1379855>

- Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York, NY: Wiley.
- Cronin, E., Brand, B. L., & Mattanah, J. F. (2014). The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), Article 22676. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22676>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L. M., Rosner, R., ... Bicanic, I. A. (2016). CRITICAL ANALYSIS OF THE CURRENT TREATMENT GUIDELINES FOR COMPLEX PTSD IN ADULTS. *Depression and anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>
- Edwards, J., & Kaimal, G. (2016). Using meta-synthesis to support application of qualitative methods findings in practice: A discussion of meta-ethnography, narrative synthesis, and critical interpretive synthesis. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.07.003>
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer (2008). Norsk Psykologforening.
- Flueckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749



- Fox, J., Hope, B., Jacobsen, L., & Hundley, G. (2013). Recovering identity: A qualitative investigation of a survivor of dissociative identity disorder. *Journal of Mental Health Counseling, 35*(4), 324-334. DOI: [10.17744/mehc.37.4.03](https://doi.org/10.17744/mehc.37.4.03)
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Geertz, C. (1975). *The interpretation of cultures: Selected essays*. Basic Books.
- Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry (Edgmont), 6*(3), 24-29.
- Greenberg, T.M. (2020). *Treating Complex Trauma*. Springer.
- Haramic, E. M. (2013). *A phenomenological inquiry into the lived experiences of recovered clients diagnosed with dissociative identity disorder (DID) during participation in a psychotherapy group* (Publication No. 3604146) [Doctoral dissertation, Capella University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Ingram Publisher Services.
- Hirakata, P. (2009). Narratives of dissociation: Insights into the treatment of dissociation in individuals who were sexually abused as children. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*(3), 297-314. DOI: [10.1080/15299730902956804](https://doi.org/10.1080/15299730902956804)
- Hjorthoj, C. R., Madsen, T., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: A nationwide nested case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(9), 1357–1365. DOI: [10.1007/s00127-014-0860-x](https://doi.org/10.1007/s00127-014-0860-x).
- Howell, E. (2008). From hysteria to chronic relational trauma disorder: The history of borderline

- personality disorder and its links with dissociation and psychosis. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 105–115). Wiley & Sons, Ltd.
- Hunter, N. (2016). *Whose treatment is this anyway? Helpful and harmful aspects in the treatment of dissociative identity disorder phenomena* (Publication No. 10103215) [Doctoral dissertation, Long Island University, CW Post Center]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Huntjens, R. J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1571377. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571377>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(2), 115-187.
- Isobel, S., Gladstone, B., Goodyear, M., Furness, T., & Foster, K. (2021). A qualitative inquiry into psychiatrists' perspectives on the relationship of psychological trauma to mental illness and treatment: implications for trauma-informed care. *Journal of Mental Health*, *30*(6), 667-673. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714012>
- Jacobsen, L., Fox, J., Bell, H., Zeligman, M., & Graham, J. (2015). Survivors with dissociative identity disorder: Perspectives on the counseling process. *Journal of Mental Health Counseling*, *37*(4), 308-322. DOI: 10.17744/mehc.37.4.03.
- Jordaan, Y. (2016). *Help-seeking experiences of satanic ritual abuse survivors with dissociative identity disorder who received therapy* (Publication No. 28301790) [Clinical Social Work Dissertation, University of Johannesburg]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

- Kaschak, E. (1978). Therapist and client: Two views of the process and outcome of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(2), 271-277. DOI: 10.1037/0735-7028.9.2.271
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974. DOI: [10.1037/a0020758](https://doi.org/10.1037/a0020758)
- Kennedy, F., Kennerley, H., & Pearson, D. (2013). *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. Taylor & Francis Group.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Ekeland, T. J., & Davidson, L. (2013). Metasynthesis and bricolage: an artistic exercise of creating a collage of meaning. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1285-1292. <https://doi.org/10.1177/1049732313502127>
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Laska, K. M., Smith T. L., Wislocki A. P., Minami, T., & Wampold B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*. 60(1), 31-41. <https://doi.org/10.1037/a0031294>
- Leonard, D., Brann, S. & Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: Pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 940–946. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01700.x>
- Lilienfeld, S. O., Kirsch, I., Sarbin, T. R., Lynn, S. J., Chaves, J. F., Ganaway, G. K. & Powell,

- R. A. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling lessons of the past. *Psychological Bulletin*, *125*, 507–523. DOI: [10.1037/0033-2909.125.5.507](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.507)
- Lilienfeld, S. O, & Lynn, S. J. (2003). Dissociative identity disorder: Multiple personalities, multiple controversies. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 109-142). Guilford Press.
- Lipsanen, T., Korkeila, J., Peltola, P., Järvinen, J., Langen, K., & Lauerma, H. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients. *European Psychiatry*, *19*(1), 53-55. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.09.004>
- MacGregor, M. (1996). Multiple personality disorder: Etiology, treatment, and treatment techniques from a psychodynamic perspective. *Psychoanalytic Psychology*, *13*(3), 382-402. <https://doi.org/10.1037/h0079662>
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, *36*(3), 315-328. DOI: [10.1023/a:1001917516869](https://doi.org/10.1023/a:1001917516869)
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 331-353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma Information Pages. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography*. SAGE Publications, Inc.

<https://dx.doi.org/10.4135/9781412985000>

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1999). Chapter 5: Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. *Counterpoints*, 44, 93–123. <http://www.jstor.org/stable/42975557>

Norcross, J. (2011). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press.

Norsk Psykolog Forening. (2021, 16. november). De fleste pasientene på tvang er ikke farlige.

Hentet fra [– De fleste pasientene på tvang er ikke farlige - Norsk Psykologforening \(psykologforeningen.no\)](#)

Orlinsky, D. E., [Grawe](#), K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergen & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). New York, NY: Wiley.

Paivio S. C., & Patterson L. A. (1999) Alliance development in therapy for resolving child abuse issues. *Psychotherapy*, 36(4), 343–354. <https://doi.org/10.1037/h0087843>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Putnam, F., Guroff, J., Silberman, E., Barban, L., & Post, R. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.

Reinders, A., Marquand, A., Schlumpf, Y., Chalavi, S., Vissia, E., Nijenhuis, E., . . . Veltman, D. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: Pattern recognition study of brain biomarkers. *British Journal of Psychiatry*, 215(3), 536-544.  
doi:10.1192/bjp.2018.255

- Ross, C. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Ross, C. A., Duffy, C. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17. [https://doi.org/10.1300/J229v03n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v03n01_02)
- Ross, C. A., & Ness, L. (2010). Symptom patterns in dissociative identity disorder patients and the general population. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11(4), 458-468. DOI: 10.1080/15299732.2010.495939
- Rossouw, P. J. (2013). The neuroscience of talking therapies: Implications for therapeutic practice. *The Australian Journal of Counselling Psychology*, 13(1), 40-50.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer Publishing Company.
- Sandelowski, M. (2012). Metasynthesis of qualitative research. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 19–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-002>
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79-116. [https://doi.org/10.1300/J229v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J229v02n04_05)
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2005). Phase-oriented treatment of structural

- dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-54. DOI: [https://doi.org/10.1300/J229v06n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v06n03_02)
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504–1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4), 591-600. <https://doi.org/10.1080/10503300802477989>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. Routledge.
- Thorne, S. (2017). Metasynthetic madness: what kind of monster have we created? *Qualitative Health Research*, 27(1), 3-12. DOI: 10.1177/1049732316679370
- Twombly, J. (2013). Integrating ISF with phase-oriented treatment of clients with dissociative disorder. In M. Sweezy & E. Ziskind (Eds.). (2013). *Internal family systems therapy: New dimensions* (pp.72-89). Taylor & Francis Group.
- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 2(1), 3-16.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in

- complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.2.76>
- Van der Hart, O., Steele, K., & Boon, S. (2017). *Treating trauma-related dissociation*. W.W. Norton & Co.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.
- Yalom, I., & Elkin, G. (1974). *Every day gets a little closer*. Basic Books.
- Zeligman, M., Greene, J., Hundley, G., Graham, J., Spann, S., Bickley, E., & Bloom, Z. (2017). Lived experiences of men with dissociative identity disorder. *Adultspan Journal*, 16(2), 65-79. DOI: 10.1002/adsp.12053
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer (SINTEF rapport; 2021:00090). SINTEF. [Microsoft Word - Rapport 2\\_pakkeforløp\\_revidert\\_1\\_mars \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Øvreeide, H. (2013). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm.