



## **DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

*En teoretisk utforskning av ulike perspektiver  
på dissosiativ identitetslidelse*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Karoline Hatlestad Molvik og Miriam Våge Jørgensen**

Vår 2024

En stor takk til vår veileder

Signe Hjelen Stige

### Forord

Dissosiasjon, og spesifikt dissosiativ identitetslidelse, er noe som har fanget interessen vår gjennom disse 6 årene på studiet, men kanskje særlig de siste årene gjennom arbeidserfaring og kliniske praksisperioder på UiB. Det å få muligheten til å bruke et helt semester på å ta et dypdykk i dette feltet har vært utrolig interessant og givende, og en mulighet vi er takknemlig for. Vi tror og håper vi sitter igjen med litt mer kunnskap, en del flere refleksjoner og forhåpentligvis flere verktøy i sekken vi kan ta i bruk i det kliniske arbeidet vi skal starte med som nyutdannede psykologer. Videre er vi veldig glad for at vi har hatt hverandre å støtte oss på gjennom en tidvis frustrerende og overveldende prosess, og tror det har gagnet oppgavens formål å kunne reflektere sammen. Det er også noen personer vi vil benytte muligheten til å takke. Først og fremst vil vi gi en stor takk til professor og psykologspesialist Signe Hjelen Stige for å ha vært en fantastisk veileder, støtte og hjelp med oppgaven. Takk for engasjementet, grundige tilbakemeldinger og hyggelige samtaler. Og takk til psykolog Anita Høyer Wester som tok seg tid til å lese og gi tilbakemelding fra et outside-perspektiv med tanke på språklig formidling av teksten.

### **Abstract**

Dissociative phenomena are something psychology has seemingly always struggled to define and understand. Dissociative Identity Disorder (DID) has received the most attention in research, as well as critical scrutiny. The diagnosis is mainly characterized by disturbances in identity and memory, and the most widespread model for understanding is that it is a trauma related disorder. Critics, on the other hand, see the disorder as a result of factors other than trauma, including cultural influences and as a socially constructed condition created by clinicians who strongly believe in DID. Due to these contradictions in the understanding of dissociative phenomena in general, and DID in particular, we wanted to explore the various professional perspectives on DID that exist today. To answer this, we conducted a broad literature search and supplemented it with literature from reference lists, supervisor's recommendations, and additional searches. We also chose to include older literature because the context of the development of the various perspectives is crucial for understanding the discourse today. Throughout the paper, we have illuminated various theories and models for understanding DID primarily from a trauma perspective and a socio-cognitive perspective. We chose to discuss the disagreements regarding the conceptualization and understanding of dissociative phenomena, the discussions regarding dissociative amnesia, false memory and possible benefits, and whether DID is a result due to life experiences or iatrogenesis. We also discussed some implications.

### Sammendrag

Dissosiative fenomener er noe psykologien tilsynelatende alltid har strevd med å definere og forstå. Dissosiativ identitetslidelse (DID) er den lidelsen som har blitt viet mest oppmerksomhet i forskning, samt fått kritiske innvendinger. Diagnosen kjennetegnes hovedsakelig av forstyrrelser i identitet og hukommelse, og den mest utbredte forståelsesmodellen er at det er en traumerelatert lidelse. På den andre siden forstår kritikerne lidelsen som et resultat av andre faktorer enn traumer, deriblant kulturell påvirkning og som en sosialt konstruert tilstand skapt av klinikere som tror sterkt på DID. På grunn av disse motsetningene i forståelse av dissosiative fenomener generelt, og DID spesielt, ønsket vi å undersøke hvilke faglige perspektiver som eksisterer på DID i dag. For å svare på dette gjorde vi et bredt litteratursøk, og fylte på med litteratur fra referanselister, veileders anbefalinger og supplerende søk. Vi inkluderte også eldre litteratur fordi konteksten for utviklingen av de ulike perspektivene har en sentral plass for å forstå diskursen i dag. Gjennom oppgaven har vi belyst en rekke teorier og modeller for å forstå DID hovedsakelig fra et traumeperspektiv og et sosiokognitivt perspektiv. Videre valgte vi å diskutere uenigheten rundt konseptualisering og forståelsen av dissosiative fenomener, spenningsfeltet tilknyttet dissosiativ amnesi, falske minner og sekundære gevinster, samt hvorvidt DID er et resultat av traumer eller iatrogenese. I tillegg drøftet vi ulike implikasjoner knyttet til diskusjonen.

*Nøkkelord:* dissosiasjon, dissosiativ identitetslidelse, DID, kontroverser, polarisert fagfelt, iatrogen, traumelidelse.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning .....</b>	<b>8</b>
<b>Begrepsavklaring .....</b>	<b>9</b>
Dissosiasjon .....	10
En bred versus smal forståelse av dissosiasjon. ....	10
Dissosiasjon som normalt versus patologisk fenomen. ....	11
Dissosiative lidelser .....	12
ICD-11 og DSM-5. ....	12
Forekomst og komorbiditet. ....	14
Andre relevante begreper .....	15
Hypnose og suggesjoner/suggestibilitet. ....	15
Iatrogenese. ....	16
<b>Problemstilling .....</b>	<b>17</b>
<b>Identifisering av relevant litteratur for å besvare problemstillingen .....</b>	<b>17</b>
<b>Forståelse av dissosiasjon fra ulike faglige perspektiver, med særlig vekt på DID .....</b>	<b>18</b>
<b>Historiske perspektiver på DID .....</b>	<b>19</b>
<b>Traumeteoretiske perspektiver på DID .....</b>	<b>21</b>
Teori om strukturell dissosiasjon av personligheten .....	23
Bakgrunn. ....	23
Teori om DID. ....	24
Empiri. ....	26
Discrete Behavioral States theory .....	26
Bakgrunn. ....	26
Teori om DID. ....	27
Empiri. ....	28
The Perceptual Theory of Dissociation .....	28
Bakgrunn. ....	28
Teori om DID. ....	29
Empiri. ....	29
Contextual Dissociation Theory .....	30
Bakgrunn. ....	30
Teori om DID. ....	30
Empiri. ....	31
The Four-Dimensional (4-D) Model .....	31
Bakgrunn. ....	31
Teori om DID. ....	32
Empiri. ....	32
A Psychoanalytic Model of Mind .....	32
Bakgrunn. ....	32
Teori om DID. ....	34

Empiri.....	34
<b>Sosiokognitive perspektiver på DID.....</b>	<b>34</b>
Den sosiokognitive modellen.....	36
Bakgrunn. ....	36
Teori om DID. ....	36
Empiri. ....	39
Fantasimodellen .....	40
Bakgrunn. ....	40
Teori om DID. ....	41
Empiri. ....	42
Iatrogenese-modellen .....	42
Bakgrunn. ....	42
Teori om DID. ....	42
Empiri. ....	43
<b>Transteoretisk perspektiv .....</b>	<b>44</b>
Bakgrunn. ....	44
Teori om DID. ....	45
Empiri. ....	46
<b>Diskusjon.....</b>	<b>47</b>
<b>Uenighet rundt måten å konseptualisere og forstå dissosiative fenomener .....</b>	<b>49</b>
<b>I spenningsfeltet mellom dissosiativ amnesi, falske minner og mulige sekundærgevinster ved DID.....</b>	<b>53</b>
<b>Er DID resultat av dårlige livserfaringer eller dårlige behandlingsforløp? .....</b>	<b>58</b>
<b>Styrker og begrensninger .....</b>	<b>62</b>
<b>Konklusjon .....</b>	<b>65</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>65</b>

## Innledning

Dissosiasjon og dissosiative lidelser er noe både klinikere, forskere og den generelle befolkningen har vist interesse for siden begrepet først ble beskrevet i litteraturen. Det har vært, og er fortsatt, mye debatt og kontroverser rundt fenomenet dissosiasjon (Dodier et al., 2021). I denne oppgaven vil vi derfor belyse de ulike perspektivene og måtene dissosiasjon blir forstått på, med særlig vekt på alvorlige, dissosiative symptomer. Som snart ferdig utdannede psykologer er dette et felt som føles ukjent for oss, noe som øker engasjementet for å lære mer slik at vi kan ta med oss mer kunnskap inn i vårt kommende kliniske arbeid.

Begrepet dissosiasjon er blitt definert på en rekke ulike måter, men en vanlig måte å forstå fenomenet på er at det skjer et skifte i bevissthetstilstand gjennom forstyrrelser i prosesser som hos de fleste normalt sett er integrert, samt at det kan føre til somatiske symptomer (O'Neil, 2023). Forstyrrelser i tanker, emosjoner og persepsjon, kroppslig nummenhet, tåkesyn og en opplevelse av å bare være delvis til stede i omgivelsene eller ens egen kropp, er vanlige symptomer på dissosiasjon (Naustvik, 2021). I tillegg opplever mange forvirring, hukommelsesvansker og forstyrrelser i opplevelse av tid (International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD), 2011; Nijenhuis et al., 2006). Dissosiasjon er preget av en kompleks fenomenologi som også for mange innebærer somatiske symptomer som kroppssmerter, pseudoanfall og paralyser (ISSTD, 2011). Dette kan føre til utfordringer i hverdagslig og relasjonell fungering. Eksempelvis kan andre oppleve personen med dissosiative symptomer som forvirret, vanskelig å få kontakt med, samt observere endringer i kroppsspråk, stemning eller fremtoning, eller oppleve at personen fremstår som noen andre (ISSTD, 2011).

Personer som har erfaring med dissosiasjon beskriver vansker med å oppleve seg som et helt og sammenhengende menneske, og de kan oppleve endringer i personlighet. Eksempelvis beskriver Naustvik (2021, s. 668) det slik: «De ulike delene i meg deler samme



kropp, men de bærer ulike minner, ferdigheter og til dels ulik atferd». Inger Eggen forteller om egen opplevelse med dissosiasjon på følgende måte: «Jeg ble mange isolerte øyer som ikke ville vite av hverandre og ofte kjempet om å styre kroppen Inger» (Eggen, 2013, s. 8).

Debatten rundt hvordan dissosiasjon defineres, og hvordan dissosiative lidelser kan forstås, kan potensielt prege det kliniske arbeidet i møte med personer med disse lidelsene. Dette kan for eksempel handle om vansker med å forstå dissosiative symptomer, utfordringer ved behandling, eller at det fører til utrygghet blant klinikere. Loewenstein (2018) hevder at det i gjennomsnitt tar 5-12,4 år før en pasient får en dissosiativ lidelse og får tilgang til spesialisert behandling for denne lidelsen, samt at mange blir diagnostisert med flere andre lidelser før dette. I det følgende vil vi først gi en oversikt over begrepsavklaring, hvor vi tar for oss de ulike dissosiative lidelsene og andre relevante begreper, før vi avslutter med problemstillingen. På grunn av at det finnes mange ulike forståelsesmodeller, vil oppgavens struktur bli relativt kompleks. I tillegg til å forholde oss til APAs formattering av overskriftsnivåer, har vi derfor også valgt å sette inn en figur og tabeller i løpende tekst i stedet for til slutt, slik APA-formattering tilsier (American Psychiatric Association (APA), 2020).

### **Begrepsavklaring**

Det finnes en rekke begreper som er brukt for fenomenet vi i dag kjenner som dissosiasjon. Noen eksempler er konversjon, kompartmentalisering, flash-backs, absorpsjon, endret bevissthetstilstand (alterations in consciousness) og hypnotiserbarhet (van der Hart & Dorahy, 2023). Hypnose og dissosiasjon har også lenge vært fenomener som beskrives som nært relatert til hverandre, men forholdet mellom dem er fremdeles uklart. I tillegg har begrepet hysteri blitt brukt i samme kontekst som dissosiasjon, og for mange er dette synonyme begreper (Loewenstein, 2007, s. 277). I det følgende vil vi derfor gå gjennom noen av kjernebegrepene vi vil bruke i denne oppgaven.

## ***Dissosiasjon***

Etymologisk sett er dissosiasjon et begrep som betyr atskillelse eller avspaltning, det motsatte av assosiasjon (Kierulf & Malt, 2020). I sin historiske gjennomgang av konseptet dissosiasjon peker van der Hart og Dorahy (2023, s. 29) på fem av de mest utbredte måtene dissosiasjon er blitt forstått på gjennom historien. Av disse velger vi her å vie plass til å først presentere forskjellen på den smalere definisjonen postulert av bl.a. Steele et al. (2023) opp mot den brede kontinuum-definisjonen, og videre vil vi presentere en definisjon av dissosiasjon som noe som ligger på et bredt spekter av normale opplevelser og patologiske symptomer. Til slutt vil vi komme med en mer presis definisjon av dissosiasjon slik vi vil bruke begrepet gjennom denne oppgaven.

**En bred versus smal forståelse av dissosiasjon.** Den brede forståelsen av dissosiasjon er i dag relativt allment akseptert (van der Hart & Dorahy, 2023, s. 29) og ifølge den defineres dissosiasjon som et sett av ulike fenomener som alle involverer større eller mindre grad av bevissthetsendring og manglende integrering av psykologiske prosesser som medfører en innsnevret opplevelsesverden i øyeblikket. Denne brede kontinuum-forståelsen vokste frem som et resultat av økt forskning på, og generell aksept av at alle former for endrede bevissthetstilstander (alterations in consciousness) bør regnes som dissosiasjon. Økt fokus på fenomenologiske beskrivelser fremfor etiologi i DSM-III (APA, 1980) og utviklingen av spørreskjemaer som også fokuserte på fenomenologiske spørsmål tenkes å ha spilt en rolle. Et av de fremdeles mest brukte spørreskjemaene som bruker selvrapportering på dissosiasjon med et fenomenologisk utgangspunkt er *Dissociative Experiences Scale* (DES). Den tar utgangspunkt i et bredt spekter av fenomener som historisk har blitt assosiert med dissosiasjon (van der Hart & Dorahy, 2023, s. 28).

Den smale definisjonen av dissosiasjon vektlegger betydningen av strukturelle endringer, ofte som følge av traumer, som resulterer i manglende integrering av individets

personlighetsorganisering. van der Hart og Steele (2023, s. 263) argumenterer for at dissosiasjon best bør forstås som en strukturell endring i biologisk utvikling av kognitive handlingssystemer som følge av gjentatte traumer i tidlig alder, og medfølgende hemmet integrativ kapasitet som medfører en kompartmentalisering eller oppdeling av individets opplevelse av seg selv. De understreker at ikke alle former for endrede bevissthetstilstander reflekterer strukturell dissosiasjon, og forsøker med en smalere definisjon å bidra til større klarhet på det kliniske feltet.

**Dissosiasjon som normalt versus patologisk fenomen.** Den brede konseptualiseringen vektlegger et skille mellom patologisk dissosiasjon og dissosiasjon som et normalfenomen (Dalenberg et al., 2023, s. 83). Dette betyr at dissosiasjon på den ene siden av spekteret kan være en adaptiv og normal prosess, mens det på den andre siden kan være et uttrykk for patologisk utvikling. Det pekes videre på at det i litteraturen ser ut til å være seks kriterier som går igjen for å vurdere dissosiasjon som patologisk eller normal; hvilken type dissosiasjon, hvilket nivå (på kontinuumet), tidspunktet for dissosiasjon relativt til traumeeksponering, hvorvidt det er knyttet til indre forsvar, hensikt og frekvens. Opplever for eksempel personen dissosiasjon uavhengig av truende og farlige situasjoner, og blir frekvensen av dissosiasjon forstyrrende for daglig funksjon og livskvalitet? På denne måten kan overdreven dagdrømming også bli patologisk, mens somatoform dissociativ numming av kroppsdeler under beskytning i krig kan være adaptivt for å være i stand til å redde sitt eget liv.

Da formålet med denne oppgaven er å utforske bredden på feltet, velger vi å referere til en relativt bred forståelse av dissosiasjon når vi bruker begrepet. Dissosiasjon kan da defineres som en delvis eller fullstendig frakobling mellom ulike kognitive systemer for hukommelse, persepsjon, bevissthet og kroppslig kontroll (Colman, 2009). Det vil inkludere de ofte mindre patologiske fenomenene som å sone ut eller bli helt oppslukt i en aktivitet,

samt hukommelsestap, somatoforme symptomer, forstyrrelser i opplevelsen av verden og identitet. I denne definisjonen ligger det ikke nødvendigvis noen føringer på årsakssammenhenger eller dissosiasjonens funksjon (for eksempel forsvar), men den anerkjenner viktigheten av å skjelne dissosiasjon som er patologisk og medfører funksjonstap og lidelse for individet fra dissosiasjon som ikke har slike følger.

### ***Dissosiative lidelser***

Kategorien «dissosiative lidelser» ble innført først i DSM-III (APA, 1980), og erstattet det som tidligere ble benevnt som hysteri og hysteriske nevroser (Loewenstein, 2007). I denne oppgaven vil vi i utgangspunktet forholde oss til de diagnostiske kriteriene i DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (World Health Organization (WHO), 2019)<sup>1</sup>, samt inkludere den historiske utviklingen av dissosiative lidelser som kontekst når vi senere utforsker ulike perspektiver på dissosiasjon.

**ICD-11 og DSM-5.** I dagens diagnosemanualer har dissosiative lidelser også sin egen kategori, henholdsvis *Dissosiative lidelser* i ICD-11 (WHO, 2019) og *Dissociative disorders* i DSM-5 (APA, 2013, s. 291). ICD-11 (World Health Organization, 2019) inkluderer 10 hoveddiagnoser for dissosiasjon, inkludert dissosiativ amnesi, depersonalisering-derealiseringslidelse (DDD), dissosiativ identitetslidelse (DID), transelidelse og besettelses-transelidelse, som vi vil gå nærmere inn på. DSM-5 (APA, 2013) sin kategori og diagnostisk beskrivelse av dissosiative lidelser er relativt lik den i ICD-11 (WHO, 2019). En viktig forskjell er at ICD-11 (WHO, 2019) har inkludert en egen diagnosekategori som kalles «Partial dissociative identity disorder» for å fange opp de pasientene som ikke fullstendig fyller kriteriene for DID, og som tidligere vanligvis ville havnet i en mer generell samlekategori med «andre dissosiative lidelser», eller i DSM-5 (APA, 2013, s. 306): «Other

---

<sup>1</sup> Selv om ICD-10 fremdeles er brukt i klinikk i Norge i dag ble ICD-11 godkjent av World Health Organization i 2019 (Braut, 2022), og godkjent for bruk f.o.m. 2022. Vi tenker derfor denne versjonen er mest relevant for dagens diskurs. DSM-5 (APA, 2013) inkluderes her fordi det i stor grad er det som brukes i forskning og litteratur på verdensbasis.

specified dissociative disorders». DSM-5 (APA, 2013, s. 274) har også inkludert en subtype av PTSD for de som har betydelige dissociative symptomer av derealisering eller depersonalisering, samt at traumesymptomet «flashback» er definert som et dissociativt symptom.

Dissosiativ amnesi kan både være et symptom og en selvstendig lidelse, og defineres av manglende evne til å gjenkalle autobiografiske minner, ofte av traumatisk karakter (WHO, 2019). Et av kriteriene for diagnosen er at de amnestiske episodene ikke bedre kan forklares av en annen (dissosiativ) lidelse.

Depersonaliserings-derealiseringlidelse er også en selvstendig diagnose samt et relativt vanlig symptom som kan forekomme både i forbindelse med PTSD, personlighetsforstyrrelser, depressive episoder, eller alene uten sammenheng med andre tilstander (WHO, 2019). Symptomene beskrives som enten en manglende opplevelse av å føle seg som seg selv, som å se seg selv utenfra eller være frakoblet kroppen sin (depersonalisering), eller som en opplevelse av at verden omkring en ikke er ekte, som å se verden gjennom et slør eller som en drøm (derealisering).

Transelidelse og besettelses-transelidelse kan begge sies å karakteriseres av en midlertidig opplevelse av endret bevissthetstilstand som ofte medfølger opplevelse av tap av kontroll over egne handlinger, ofte markert endring i følelse av identitet og/eller stereotypisk ukontrollert atferd (Cardeña et al., 2023). I besettelses-transelidelse oppleves i tillegg en midlertidig erstatning av identitet, der egen identitet tas over av en spirituell enhet, et dyr eller forfedre som ikke lengre lever. Slike opplevelser etterfølges også ofte av rapportert amnesi for hendelsen. I begge tilfeller er det viktig å vurdere kulturelle og religiøse faktorer som spiller inn på om fenomenet bør behandles som patologi eller ikke.

DID beskrives i ICD-11 (WHO, 2019) som en tilstand av forstyrrelse i identitet som medfører eksistensen av to eller flere distinkte personlighetstilstander (dissosiative identiteter)

som er karakterisert av en markert fragmentering i selvopplevelse og som har sin egen opplevelse av agens (WHO, 2019). Minst to av disse personlighetstilstandene skifter også på å være i eksekutiv kontroll over personens daglige aktiviteter og interaksjoner, samt medfører endringer i sansning, persepsjon, affekt, kognisjon, hukommelse, motorisk kontroll og atferd. Lidelsen involverer typisk episoder med amnesi, og kjennetegnene som er nevnt til nå skal ikke kunne bedre forklares av andre tilstander (mentale, biologiske, medisinske, substansrelaterte eller sykdommer i nervesystem eller søvnforstyrrelser) og må medføre betydelig funksjonstap.

I denne oppgaven vil vi i hovedsak fokusere på DID, da det er den mest alvorlige dissosiative lidelsen, og med et forløp som beskrives som utviklingsmessig kronisk (Kluft, 1993). Det er også denne lidelsen som har vært mest omdiskutert i litteraturen. Grunnet oppgavens omfang vil vi ikke gå nærmere inn på de andre dissosiative lidelsene som er beskrevet over, men vi anser det som relevant å vite noe om disse da en del av teoriene og debattene som blir presentert også inkluderer dissosiative lidelser mer generelt.

**Forekomst og komorbiditet.** Økende forskning på DID tyder på at denne diagnosen kan være vanligere enn tidligere antatt (Kluft, 1993). Loewenstein (2018) argumenterer for at denne økningen skyldes at klinikere nå i større grad klarer å fange opp de mindre åpenbare symptomene på DID, og at diagnosen dermed settes oftere enn før. Internasjonale studier viser at rundt 1-2% av den voksne befolkningen tilfredsstiller kriteriene for diagnosen (Korzekwa & Dell, 2023, s. 496; Middleton, 2023, s. 231). Studier fra døgnbehandlingsinstitusjoner har vist at prevalensen er enda høyere, opptil 5% (Sar, 2011).

Pasienter som diagnostiseres med DID har i de fleste tilfeller også andre komorbide tilstander. Dette vil si at de oppfyller kriteriene for flere mentale lidelser i tillegg til DID (Hem, 2023). Mest omtalt er komorbiditeten mellom DID og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD), der Korzekwa et al. (2008) fant at mellom 10-24% av

pasienter med BPD hadde komorbid DID, og 35-66% hadde en mindre alvorlig dissosiativ lidelse. Motsatt tilfredsstilte mellom 31-64% av DID-pasientene kriteriene for BPD. I ICD-11 inkluderer seksjonen for differensialdiagnostikk beskrivelser av grenseoppgangen mellom DID og schizofreni, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks PTSD, obsessiv kompulsiv lidelse og personlighetsforstyrrelser, spesifikt med emosjonelt ustabil mønster. I litteraturen beskrives det også at vanlige komorbide tilstander hos DID pasienter er PTSD (van der Kloet et al., 2014), depressive lidelser (Lynn et al., 2014) samt angstlidelser og ruslidelser (Duffy, 2000). I tråd med dette ser vi at det tar lang tid å diagnostisere pasienter med DID, og mange har blitt diagnostisert med flere andre diagnoser tidligere (Kluft, 1993).

### *Andre relevante begreper*

**Hypnose og suggesjoner/suggestibilitet.** Hypnose kan defineres som en endret bevissthetstilstand som medfører fokusert oppmerksomhet, og som gjør individet mer åpen for suggesjoner fra omgivelsene samtidig som selvstendige vurderingsevner er nedsatt (Rainville & Price, 2003). Suggesjoner defineres da som all form for påvirkning fra den som hypnotiserer mot den hypnotiserte, som for eksempel ord, gestikulering, kroppsspråk og lignende. Det er likevel ikke en nødvendig faktor for at en person skal komme inn i hypnose. Suggestibilitet kan defineres som en tilstand som medfører «forhøyet responsivitet til sosiale signaler» (Spiegel, 1993, s. 124). Hypnose innebærer også en opplevelse av mental avslapping og at ting skjer på automatikk, uten at det krever bevisst viljestyring. Hypnotiserbarhet er et begrep som har blitt konseptualisert som en økning i suggestibilitet ved hjelp av hypnose (Braffman & Kirsch, 1999). Altså kan suggestibilitet være relatert til flere kontekster enn bare hypnose, ofte kalt «imaginativ suggestibilitet».

Hypnose definert slik skiller seg fra aspektet av dissosiasjon som handler om en maladaptiv, forstyrret integrasjon mellom ulike mentale funksjoner. Dissosiasjon trenger heller ikke medføre mental avslapping, selv om det tilsynelatende kan se sånn ut ved for

eksempel fysisk og emosjonell nummenhet. Dissosiative fenomener involverer heller ikke økt opplevelse av kontroll, ofte heller det motsatte. Felles for hypnose og dissosiasjon er trekk ved de dissosiative fenomenene som er mer utbredt, slik som opplevelsen av manglende monitorering av tid og sted under absorpsjonstilstander.

Allerede fra slutten av 1800-tallet, med Pierre Janet sitt arbeid med hysteriske pasienter og utvikling av hypnotiske terapimetoder, var sammenhengen mellom hypnose og det vi i dag tenker var dissosiative symptomer tydelig demonstrert (Putnam, 1993). Flere teoretikere og klinikere hevder at DID-pasienter på gruppenivå er mer hypnotiserbare enn andre, og sammenhengen mellom hypnose og dissosiasjon har tidligere stått sterkt, men er likevel fremdeles dårlig forstått.

**Iatrogenese.** Iatrogenese er et begrep som i seg selv betyr «problem forårsaket av en doktor» (Soukanhov, 1999, som referert i Vermetten et al., 2007, s. 280) og begrepet brukes i utstrakt grad i DID-litteraturen. Vermetten et al. (2007, s. 281) hevder at en vanlig definisjon av iatrogenese er «uønskede medisinske tilstander som oppstår som resultat av diagnose eller behandling av en lidelse». Videre forklarer han at det at noe er iatrogen oftast brukes om tilfeller av unøyaktig diagnostisering eller behandling. Han understreker at feildiagnostisering og iatrogenese er forskjellige fenomener, selv om de begge kan medføre skade og lidelse for en pasient. Dette illustreres gjennom å peke på tilstandene i psykiatrien i USA før 80-tallet, når schizofreni var en veldig utbredt diagnose. Etter oppdagelsen av bedre medisiner, samt en bedre diagnostisk manual for å skille psykoselidelser fra blant annet affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser, ble differensialdiagnostikken bedre, og mange pasienter som ikke hadde hatt effekt av behandling for schizofreni ble friskere. På tross av at pasientene hadde det verre med feil diagnose kalles ikke effektene iatrogene. Iatrogenese ville derimot vært riktig begrep dersom pasientene med feil diagnose begynte å oppføre seg som, og integrerte den diagnostiske forståelsen i sin identitet og atferd.



## **Problemstilling**

Som vi har sett er DID en relativt hyppig forekommende lidelse som har stor innvirkning på personens liv gjennom å fragmentere opplevelse av identitet. Det eksisterer ulike måter å konseptualisere og forstå dissosiasjon på, noe som vil påvirke det kliniske arbeidet, forskningen og litteraturen på feltet. Desto viktigere er det å få økt felles forståelse og gode definisjoner på dissosiasjon og alvorlige dissociative lidelser, særlig vedrørende DID som er den mest alvorlige og komplekse av disse lidelsene. Derfor ønsker vi i denne oppgaven å se på problemstillingen: «Hvordan blir DID forstått ut fra faglige perspektiv?».

### **Identifisering av relevant litteratur for å besvare problemstillingen**

For å belyse problemstillingen vår måtte vi identifiserer et bredt tilfang av litteratur om dissosiasjon, både på tvers av fagtradisjoner og historiske perioder. Utgangspunktet vårt var at vi ble anbefalt boken «The Haunted Self» (van der Hart et al., 2006) av veileder, da det er kjernelitteratur på feltet, samt at vi fant boken «Dissociation and the dissociative disorders - Past, present, future» (Dorahy et al., 2023). I tillegg vekket flere artikler fra Piper og Merskey (2004a; 2004b) oppmerksomheten vår for kritiske stemmer på feltet. Dette ble utgangspunktet for at vi identifiserte relevante søkeord, inkludert søkeord som også ville fange opp kritiske perspektiver på dissosiasjonsbegrepet og DID. Vi startet derfor med et bredt søk i databasen PsycInfo, med bruk av følgende søkeord: *dissociative identity disorder\** eller *multiple personality disorder\**, og *perspectiv\** eller *theor\** eller *understand\**, og *critic\** eller *scept\** eller *negat\**. Begrensninger på søket ble satt til tittel og abstract, og i vurdering av treffene ville vi videre ekskludere artikler som ikke sa noe konkret om DID, hadde fokus på behandling eller som undersøkte sammenhengen mellom DID og andre lidelser. Med utgangspunkt i dette søket brukte vi snøballmetoden med referanselisten på de aktuelle tekstene for å få en ytterligere bredde av materiale til oppgaven, samt tilgang til litteratur som

veileder kjente til. Ved behov for spesifikk informasjon rundt diagnostiske kategorier, definisjoner og begreper gjorde vi supplerende søk.

Det første søket resulterte i 54 treff, der 17 referanser ble vurdert som relevante basert på gjennomgang av sammendrag. Videre gjorde vi samme søk på de to databasene PubMed og Web of Science, og supplerte med 3 treff til som virket relevant og som ikke var fanget opp av søket på PsycInfo. Sju av disse kildene var bøker som vi brukte videre for å finne relevant informasjon. Hovedkildene vi har brukt for å belyse problemstillingen vår er tre bøker; «The Haunted Self» (van der Hart et al., 2006), «Dissociation and the Dissociative Disorders - Past, present, future» (Dorahy et al., 2023) og «Multiple Identities and False Memories» (Spanos, 1996). I tillegg har vi supplert med den andre litteraturen vi har identifisert gjennom søk og snøballmetoden.

### **Forståelse av dissosiasjon fra ulike faglige perspektiver, med særlig vekt på DID**

Litteraturgjennomgangen identifiserte grovt sett to perspektiver: traumeteoretiske og sosiokognitive perspektiver. Disse perspektivene skiller seg fra hverandre med tanke på hvordan dissosiasjon defineres, etiologi, samt hvilken behandling som anses som mest hensiktsmessig. Hovedsakelig var Dorahy et al. (2023) og van der Hart et al. (2006) hovedkilder på de traumeteoretiske perspektivene, mens Spanos (1996) var hovedkilden på sosiokognitive perspektiver. I tillegg har vi spesielt belaget oss på flere artikler fra Lynn og kollegaer (2012; 2014; 2022) og Piper og Merskey (2004a; 2004b) som kilder fra det sosiokognitive perspektivet. Flere av de gjennomgåtte artiklene vektlegger debatten mellom de ulike perspektivene, og bidro dermed til å tydeliggjøre viktige kontroverser på DID-feltet. Et nyere perspektiv som integrerer både traumeteoretiske og sosiokognitive teorier, og som dermed kan bidra til mindre polarisering mellom de to, er det transteoretiske perspektivet som flere artikler også presenterer.

Med bakgrunn i diskursen på feltet har det historisk sett, både klinisk og i forskningen, eksistert en rekke ord og begreper for å beskrive det som i ICD-11 kalles «personlighetstilstander». Vi vil i denne oppgaven holde oss til dette begrepet. Vi anerkjenner likevel at det i litteraturen finnes mange lignende begreper, blant annet personlighet, alter, bevissthetstilstand, del-personlighet og så videre (se van der Hart & Dorahy, 2023, s. 19, for en større, men ikke uttømmende, historisk oversikt over begreper).

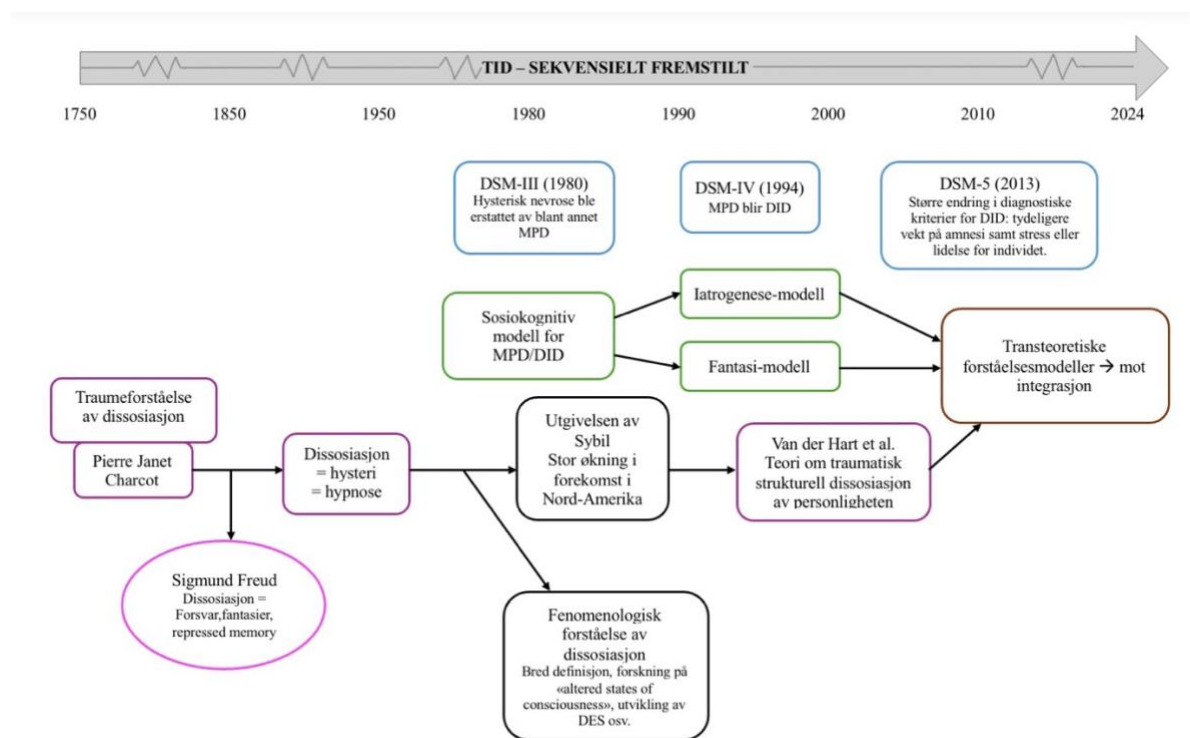
I det følgende vil vi starte med å gi en oppsummering på den historiske utviklingen av forståelsen av dissosiasjon, før vi vil presentere de to hovedgruppene av perspektiver. Vi vil deretter gjøre rede for de traumeteoretiske perspektivene, før vi deretter tar for oss sosiokognitive perspektiver. Til slutt vil vi presentere det transteoretiske perspektivet.

### **Historiske perspektiver på DID**

DID har vært beskrevet som et fenomen i lang tid, men måten man har forstått DID på har endret seg over tid, som vi ser i Figur 1.

**Figur 1**

*En historisk oversikt over sentral utvikling av perspektiver på DID*



Pasienter har blitt diagnostisert med det vi i dag kaller for DID siden midten av 1700-tallet, men likevel var fokuset da i stor grad fortsatt på hypnose, hysteri og animal magnetisme (van der Hart & Dorahy, 2023). Dissosiasjon ble på mange måter ansett som en måte å forstå lidelser knyttet til personlighetsproblematikk (van der Hart & Dorahy, 2023, s. 29). Det var rundt midten av 1800-tallet at flere så sammenhengen mellom dissosiasjon og hysteri, som kulminerte med Pierre Janet som i nyere tid har inspirert utviklingen til flere teorier på traumefeltet (van der Hart & Dorahy, 2023). Det vi i dag omtaler som DID har siden 1700-tallet vært omtalt med en rekke ulike begreper, for eksempel «splittet personlighet» i Frankrike fra midten av 1700-tallet, og «dobbel personlighet» i Tyskland. Det var etter Alfred Binet i 1892 observerte tre personlighetstilstander hos en person at «dobbel personlighet» ble et utilstrekkelig begrep (van der Hart & Dorahy, 2023, s. 17). Rundt århundreskiftet på 1900-tallet begynte psykoanalytiske tenkere, som de første på feltet, å omtale dissosiasjon som

forsvarsprosesser (van der Hart & Dorahy, 2023). I 1907 skilte Janet mellom strukturell dissosiasjon og endrede bevissthetstilstander, i tillegg til å anerkjenne «Multiple personality disorder» (MPD), som da ble ansett som den mest komplekse formen for dissosiasjon (van der Hart & Dorahy, 2023). I forbindelse med første og andre verdenskrig ble traumatiserte soldater observert med dissosiative symptomer som ble starten på fremveksten av posttraumatisk stresslidelse, samt det Charles Meyer omtalte som «apparently normal (part of the) personality» (ANP) og «emotional (part of the) personality» (EP) (van der Hart et al., 2006, s. 5). Dette dannet senere mye av grunnlaget for teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten.

Fra rundt 1960-tallet ble det økt akademisk interesse for temaet dissosiasjon, noe som bidro til en bredere definisjon av fenomenet, samt økt forskning på bevissthet. Da boken og filmen «Sybil» kom ut i 1976, blomstret fokuset på DID og fra 80-tallet skjedde det en kraftig økning av rapporterte saker med pasienter diagnostisert med DID. DSM-IV (APA, 1994) endret MPD til DID for første gang, og DMS-5 (APA, 2013) koblet dissosiative lidelser til traumer på en mer direkte måte gjennom eksempelvis å inkludere «flashbacks» som et dissosiativt fenomen. Traumeteoretiske perspektiver har stor plass i både litteratur og klinikker i Norge, og vi vil nå presentere dette perspektivet, og aktuelle teorier.

### **Traumeteoretiske perspektiver på DID**

Sammenhengen mellom dissosiasjon og traumer har lenge vært debattert. Med traumer refereres det til hvordan individet opplever og muligens blir preget av det de subjektivt opplever som traumatisk, og ikke til hendelsen i seg selv (van der Hart et al., 2006). I vårt litteratursøk identifiserte og valgte vi ut følgende teorier og modeller: teori om strukturell dissosiasjon av personligheten (van der Hart et al., 2006; van der Hart & Steele, 2023); Discrete Behavioral States Theory (Loewenstein & Putnam, 2023); The Perceptual Theory of Dissociation (Beere, 2023); Contextual Dissociation Theory (Gold, 2023); The Four-

Dimensional Model (Frewen et al., 2023) og A Psychoanalytic Model of Mind (Stern, 2023).

Vi vil gi en mer detaljert beskrivelse av disse modellene under, men for en rask oversikt og sammenligning, se tabell 1.

**Tabell 1**

*Oversikt over traumerelaterte teorier*

	<b>Teori om strukturell dissosiasjon av personligheten</b>	<b>Discrete Behavioral States Theory</b>	<b>The Perceptual Theory of Dissociation</b>	<b>Contextual Dissociation Theory</b>	<b>The Four-Dimensional Model</b>	<b>A Psychoanalytic Model of Mind</b>
<b>Bakgrunn /empiri</b>	Pierre Janet Tilknytning Kliniske erfaringer Selv-rapportering Neurobiologi	Frank W. Putnam Selvsystem-teori Tilknytning Neurobiologi	Selvsystem-teori Filosofi Fenomenologi	Kluft og Spiegel Tilknytning Kvalitative studier	Nevrofenomenologi Teori om strukturell dissosiasjon Hypotese-testing	Freuds psykoanalyse Filosofi Hermeneutikk Fenomenologi Selvsystem-teori
<b>Etiologi</b>	Alvorlige, langvarige traumer i barndom	Alvorlige, langvarige traumer i barndom	Alvorlige, langvarige traumer i barndom	Traumer Ytre og indre forstyrrelser i utvikling	Traumer	Traumer
<b>Forståelse av dissosiasjon</b>	Mangel på integrering Strukturell dissosiasjon ANP og EP representerer personlighets-tilstander	Mangel på integrering Atferds-tilstander som forsvar	Dissosiative reaksjoner vs. symptomer Dissosiasjon som forstyrrelse i fenomenologi	Mangel på integrering Dissosiasjon som adaptiv vs. maladaptiv, enkel vs. kompleks	ASC = dissosiasjon N-SRP = DID/ personlighets-tilstander	Dissosiasjon fungerer som et forsvar Passiv vs. Aktiv, normal vs. patologisk Uformulerte opplevelser

Felles for modellene innenfor det traumeteoretiske perspektivet er at man vektlegger den negative innvirkningen traumer kan ha på individet, og at traumer betraktes som en risikofaktor for utvikling av DID (Doan & Bryson, 1994). Særlig gjelder dette langvarige og alvorlige psykiske, seksuelle eller andre fysiske overgrep i barndommen, og spesielt om dette oppstår i møte med signifikante omsorgspersoner (Allen, 2001). Ifølge Doan og Bryson

(1994) kan barn bruke dissosiasjon som en overlevelsesmekanisme eller respons på traumatiske opplevelser. Indre faktorer som utviklingsnivå og genetikk, samt ytre faktorer som blant annet alvorligheten og varigheten av traumatiseringen, og grad av sosial støtte, ansees som viktige sårbarhetsfaktorer for utvikling av DID i voksen alder (Loewenstein & Putnam, 2023; van der Hart et al., 2006).

Blant forfatterne av de traumerelaterte teoriene trekker de fleste frem viktigheten av tilknytning og hvordan tilknytningsmønstre kan bidra til økt sårbarhet for utvikling av DID. Tilknytning kan beskrives som et medfødt motivasjonssystem for å hjelpe barnet i relasjonelle prosesser, og er særlig viktig for utvikling av relasjonen til omsorgspersoner (Anstorp et al., 2006). Det finnes ulike tilknytningsstiler (Urnes, 2018), og en rekke traumerelaterte perspektiver fokuserer i særlig stor grad på relevansen av desorganisert tilknytningsstil. En slik tilknytningsstil kjennetegnes av en respons preget av både tilnærming og unngåelse hos barn som opplever omsorgspersonene som uforutsigbare (Urnes, 2018; van der Hart et al., 2006). Særlig desorganisert tilknytningsstil har vist seg å predikere dissosiasjon i tidlig voksen alder (Anstorp et al., 2006; Paetzold et al., 2017).

Teori om strukturell dissosiasjon av personlighet har hatt stor innvirkning på klinisk arbeid med dissosiasjon i Norge etter år 2000, mens resterende traumerelaterte teorier har tilsynelatende fått noe mindre oppmerksomhet i både litteratur og klinisk arbeid. Flere av teoriene anses som generelle teorier for dissosiasjon, og ikke spesifikt for forståelsen av DID, og tilbyr ulike forståelsesmodeller som kan bidra til å forklare DID. I det følgende vil vi presentere hver modell ved å først si noe om bakgrunnen for teorien, før vi går mer spesifikt inn i teoriens forståelse av DID, og til slutt ser på empirien teorien bygger på.

### ***Teori om strukturell dissosiasjon av personligheten***

**Bakgrunn.** Teori om strukturell dissosiasjon av personligheten plasserer seg innenfor et traumeteoretisk perspektiv gjennom å argumentere for rollen traumer har i utvikling av

DID. Den bygger blant annet på Janet sitt tidligere arbeid, kliniske erfaringer og nevrobiologisk forskning på sammenhenger mellom traumer og dissosiative symptomer (van der Hart & Steele, 2023). Janet observerte dissosiasjon hos pasienter med traumatiske opplevelser, og opplevde endret fremtoning hos dem. Han omtalte dermed dissosiasjon som at personligheten er oppdelt i minst to systemer (van der Hart et al., 2006). Personlighet blir her definert som «et biopsykososialt system» som sterkt påvirker individets handlinger (van der Hart & Steele, 2023, s. 263). Med bakgrunn i Janet sine observasjoner argumenterte han for at traumatiske hendelser kan føre til dissosiasjon av personligheten (van der Hart & Steele, 2023). van der Hart og andre sentrale navn innenfor teorien, bygger sitt arbeid på en forståelse som følger Janet sin kliniske forskning (van der Hart & Boon, 1997).

Både langvarige og alvorlige traumer i barndommen, ytre faktorer ved barnets situasjon, samt at barn kan bruke dissosiasjon som forsvar, tenkes å ha relevans for utvikling av DID i senere alder (Loewenstein, 2018; van der Hart et al., 2006). Dette bruker dermed van der Hart et al. (2006) som et argument for DID's etiologi.

**Teori om DID.** van der Hart et al. (2006) postulerer en strukturell teori hvor dissosiasjon organiseres gjennom ulike nivåer: primær, sekundær og tertiær dissosiasjon. Primær og sekundær strukturell dissosiasjon består som oftest av andre traumelidelser, mens DID hovedsakelig finnes i tertiær strukturell dissosiasjon. Strukturell dissosiasjon er et resultat av manglende integrativ kapasitet i møte med traumatiske opplevelser tidlig i utviklingen, og kan føre til dissosiasjon av personligheten. Når barn dissosierer i møte med traumer ansees det som en adaptiv overlevelsesmekanisme, men det kan likevel skape store problemer senere i livet, og blir da maladaptivt (van der Hart et al., 2006)

Manglende integreringen omfatter det van der Hart et al. (2006) kaller handlingssystemer. I normal utvikling vil særskilte handlingssystemer sammen utgjøre barnets personlighet. Når disse utviklingsprosessene forstyrres, kan det imidlertid medføre



manglende integrering, altså oppdeling av personligheten. Disse handlingssystemene kan deles i hovedsakelig to slags organiserte motivasjonssystemer, og disse motivasjonssystemene jobber mot at individet enten velger 1) å tilnærme seg, eller 2) å unngå noe (van der Hart et al., 2006, s. 31). Et handlingssystem kan eksempelvis være individets tilknytningssystem, forsvarssystem, eller reguleringsystem, og handlingssystemene har som formål å hjelpe individet i hverdagslig fungering, samt i møte med utfordringer (van der Hart et al., 2006).

I tillegg legger disse handlingssystemene grunnlaget for to hovedsystemer, kalt «apparently normal part of the personality» (ANP) og «emotional part of the personality» (EP) (van der Hart et al., 2006, s. 30). Videre presiserer van der Hart et al. (2006) at disse dissosiative delene fortsatt er en del av personligheten som helhet. van der Hart et al. (2006) beskriver EP som den delen som i størst grad rommer traumatiske minner og dermed kan være reaktiv i møte med traumepåminnere, har svekket mental kapasitet, økt rigiditet, samt har et fysisk forsvar. Dette forsvaret kan være symptomer på fight, flight eller freeze, depersonalisering og derealisering. På den andre siden vil ANP i større grad være den delen som sørger for at individet fungerer i hverdagslivet og i relasjoner, og har generelt en god mental kapasitet og fleksibilitet. Likevel har ANP en undertype som er noe dårligere fungerende, har et sosialt forsvar, har stort behov for å unngå traumepåminnere eller emosjoner generelt, og har på mange måter det vi kan kalle fobi mot traumepåminnere. Denne typen ANP kan være emosjonelt og sensorisk nummen, men vil likevel kunne fungere i det daglige (van der Hart et al., 2006).

Tertiær dissosiasjon av personligheten, altså DID, kjennetegnes av at det finnes mer enn én av både EP og ANP. I følge van der Hart og Steele (2023) vil det si at individer har flere emosjonelle deler og flere tilsynelatende normale deler, og det er disse delene som utgjør de ulike personlighetstilstandene. Som tidligere nevnt vil det oppstå «switching» (heretter: skifte) når individet bytter fra en personlighetstilstand til en annen. Et slikt skifte er ofte

preget av dissosiativ amnesi, som fører til at individet i en rekke tilfeller ikke husker eller er klar over at slike skifter skjer (Loewenstein & Putnam, 2023), samt at andre kan oppleve plutselige endringer hos dem (ISSTD, 2011).

**Empiri.** Teorien bygger blant annet på forfatterne sine kliniske erfaringer, ny og gammel litteratur, læringsteori, tilknytningsteori, psykoanalytisk teori og studier på peritraumatisk dissosiasjon (van der Hart & Steele, 2023, s. 264). Loewenstein (2018) viser til selvrappoteringsstudier som har funnet korrelasjon mellom opplevde traumer og dissosiative lidelser, samt at særlig alvorlige og langvarige traumer hadde sterkere assosiasjon med dissosiative lidelser. Lignende funn har blitt gjort, hvor funnene vektlegger en særlig korrelasjon mellom tidlige barndomstraumer og DID, sammenlignet med andre diagnosegrupper (Loewenstein, 2018).

Det har videre blitt gjort en rekke nevrobiologiske studier som blant annet viser økt aktivitet i limbiske systemer, samt nedsatt aktivitet i frontale strukturer blant DID-pasienter som rapporterer traumatiske minner (Brand & Brown, 2016; Loewenstein, 2018). Samme nevralt mønster finnes også hos PTSD-pasienter, og disse funnene underbygger dermed sammenhengen mellom DID og traumatiske opplevelser.

### ***Discrete Behavioral States theory***

**Bakgrunn.** Discrete Behavioral States teori (DBS) er en traumerelatert teori som trekker linjer til både tilknytningsteori, utviklingsteori, nevrobiologisk forskning og selvsystemteori. Sullivan, som utviklet selvsystemteorien (Loewenstein & Putnam, 2023), var en amerikansk psykiater som var viktig for mye av psykologisk teori om interpersonlige relasjoner (Mitchell & Black, 2016). Selvsystemer kan defineres som personlighetstrekk utviklet i møte med omsorgspersoner (APA, 2023), og teorien forsøker å forklare hvordan individer internaliserer opplevelser og sanselig input i systemer (Loewenstein & Putnam, 2023; Mitchell & Black, 2016). Gjennom livet dannes det flere og flere selvsystemer som kan

inneholde blant annet de ulike emosjonene eller rollene en innehar gjennom livet, hvor noen selvsystemer er adaptive mens andre kan være mindre adaptive (Loewenstein & Putnam, 2023). Sullivan skilte videre mellom gode og dårlige sider hos mennesker, og omtalte deler av oss, som vi ønsker å unngå eller som fører til angst grunnet tidligere vonde interpersonlige opplevelser, som «not-me» (Mitchell & Black, 2016).

DBS tar utgangspunkt i det de omtaler som psykologiske atferdstilstander, som defineres som et gjennomgående mønster bestående av tanker, følelser og handling, som påvirker blant annet individers hukommelse, persepsjon og andre kognitive faktorer, motivasjon, emosjoner, mellommenneskelig kontakt og psykofysiologiske aspekter (Loewenstein & Putnam, 2023). Teorien fungerer som et rammeverk for å hjelpe å forstå menneskers personlighet og selvsystemer gjennom de separate atferdstilstandene ethvert individ har. Videre argumenterer Loewenstein og Putnam (2023) for hvordan dette rammeverket kan øke forståelsen for en rekke psykiske lidelser gjennom å se på endringer i atferdstilstandene.

**Teori om DID.** DBS forstår DID som en konsekvens av gjentatte, alvorlige traumatiske opplevelser i barndommen, ofte i relasjon til omsorgspersoner. Videre mener DBS at DID er et uttrykk for endringer i atferdstilstander. Loewenstein og Putnam (2023) forklarer at dersom barnet opplever traumatiske opplevelser i tidlig alder, kan traumebelastningen føre til at barnet utvikler komplekse og atskilte atferdstilstander, samt utvikle desorganisert tilknytning. Et eksempel forfatterne trekker frem er at barnet kan oppleve «far som overgriper» som en distinkt annen mann enn «far som omsorgsperson», og at dette skilles i separate selvsystemer, samt at barnet utvikler selvsystemer som går overens med ulike versjoner av fedre eller andre aktuelle omsorgspersoner (Loewenstein & Putnam, 2023, s. 293).

Videre argumenteres det for at atskilte atferdstilstander kan føre til forstyrrelser i metakognitive prosesser, som fører til vansker med å integrere ulike opplevelser som da er «lagret» i ulike atferdstilstander. Det er nettopp dette som kan føre til de ulike personlighetstilstandene som kjennetegner DID. Det påpekes at selvsystemene barnet danner ofte i utgangspunktet er adaptive, men blir både maladaptive og ofte rigide i voksen alder, særlig i møte med traumepåminnere (Loewenstein & Putnam, 2023). Symptomer på endringer i atferdstilstander kan være nummenhet, søvnvansker, nedsatt kognitiv funksjon, eller andre psykofysiologiske fryktresponser som er sett i forbindelse med traumelidelser, som for eksempel DID (Loewenstein & Putnam, 2023).

**Empiri.** Studier på skifter mellom ulike atferdstilstander ble Putnam sitt utgangspunkt for videre forskning på DID (Loewenstein & Putnam, 2023), da hans forståelse av lidelsen var at den karakteriseres av endring av atferdstilstander. Denne forskningen ledet til Putnam og hans kolleger sin definisjon av DID som: «the state of multiple, simultaneous, overlapping states» (Loewenstein & Putnam, 2023, s. 294). Forskning gjort på nevrobiologien ved skifter hos individer diagnostisert med DID viste plutselige og merkbare endringer i en rekke psykobiologiske variabler som hjerterytmene, puls og blodtrykk, glukosenivå i blodet, visuelle faktorer og pupillstørrelse, allergiske responser, balanse og motorikk håndskrift, i tillegg til en rekke andre endringer (Loewenstein & Putnam, 2023).

### ***The Perceptual Theory of Dissociation***

**Bakgrunn.** Perseptuell teori er en traumerelatert teori som også bygger på Sullivans selvsystemteori, samt filosofi og fenomenologi for å forklare og forstå dissosiative lidelser som DID (Beere, 2023). Det var Maurice Merleau-Ponty i 1962 som først definerte følgende fem grunnleggende aspekter ved opplevelse: «I, mind, body, world and time» (Beere, 2023, s. 298). Dette kan oversettes til «identitet», «sinn», «kropp», «omgivelser» og «tid». Disse fenomenologiske aspektene ble ansett for å være et grunnleggende rammeverk for å samle og

bidra til en helhetlig opplevelse for individet. Ved dissosiasjon vil det derimot skje en forstyrrelse i dette grunnleggende rammeverket som kan føre til signifikante forstyrrelser i individets opplevelse av både indre og ytre faktorer (Beere, 2023). Teorien gjør også et poeng av å skille mellom dissosiative reaksjoner og dissosiative symptomer. Beere (2023, s. 298) definerer dissosiative reaksjoner som en fenomenologisk respons i møte med spesifikke situasjoner, mens dissosiative symptomer defineres som en vedvarende dissosiativ opplevelse, uavhengig av situasjon eller kontekst.

**Teori om DID.** Symptomer på depersonalisering og derealisering, samt forstyrrelser i opplevelsen av tid, dissosiativ amnesi og skifter mellom personlighetstilstander, forklares i denne teorien ved at sammenhengen mellom de grunnleggende fenomenologiske aspektene av sansing av verden blir brutt. Beere (2023) begrunner bruddet i opplevelse videre med at desorganisert tilknytning oppstår i barndommen, ofte grunnet traumatiske situasjoner, og at dette korrelerer med utvikling av DID fordi barnets personlighet ikke integreres og det fører til atskilte selvsystemer. Derfor, mener Beere (2023), at personer som er diagnostisert med DID har flere selvsystemer som ikke er integrert, og dermed vises i ulike personlighetstilstander. I tillegg forklares det at dissosiativ amnesi i alle tilfeller er til stede ved DID, og begrunner dette med at ulike livserfaringer er lagret i ulike selvsystemer. Individuer med DID vil dermed i stor grad oppleve perseptuelle forstyrrelser der andre vil oppleve en helhet (Beere, 2023).

**Empiri.** Beere (2023) har gjennomført en kvalitativ studie som viste at individer med DID har økt rigiditet i sine selvsystem, og argumenterer for at dette videre bidrar til dissosiativ amnesi ved skifte av personlighetstilstand.

Videre viser Beere (2023) også til forskning som har funnet at mer komplekse dissosiative reaksjoner i møte med traumer eller traumetiggere er relatert til fenomenologiske endringer i kroppslige symptomer. Dette vil oppstå sjeldnere enn mindre komplekse

dissosiative reaksjoner. Mindre komplekse dissosiative endringer innebærer fenomenologisk endring i sinnet eller i opplevelse av omgivelsene. Disse funnene går overens med teorien, samt støtter teoriens argumentasjon om at dissosiasjon finnes på et kontinuum av reaksjoner og symptomer.

### *Contextual Dissociation Theory*

**Bakgrunn.** I tillegg til å anse tidlige, alvorlige og langvarige traumer som sentralt, vektlegger Contextual Dissociation Theory (Gold, 2023) også påvirkningen av både indre og ytre faktorer i barndom, som sårbarhetsfaktorer for utviklingen av dissosiative lidelser. Richard Kluft og David Spiegel har begge vært sentrale for teoriens bakgrunn da de blant annet har satt søkelys på opplevelsen av å være et integrert og sammenhengende selv som utvikles over tid i interpersonlige relasjoner (Gold, 2023). Den doble belastningen av både traumer og andre forstyrrelser i utvikling anses å være relatert til dissosiasjon. Dette kan handle om faktorer som sosialisering, barnets utvikling og evner, tilknytningsstil og hvordan foreldrene har vært som omsorgsperson gjennom barndommen og oppveksten (Gold, 2023).

**Teori om DID.** Teorien postulerer at dissosiasjon kan manifestere seg på mange ulike vis, og på den måten enten være adaptiv eller maladaptiv, men den skiller også mellom enkel og kompleks dissosiasjon. Kompleks dissosiasjon konseptualiseres som «mangel på evne til å modulere og opprettholde oppmerksomhet som i sin tur hindrer og forstyrrer bevisstheten», samt Gold (2023, s. 314) forstår kompleks dissosiasjon i lys av en traumatisk oppvekst og forstyrrelser i utviklingen. Sentralt for kontekstuell dissosiasjonsteori er viktigheten av integrering av personligheten, men mangelen på dette hos personer med DID. Dette forklares blant annet med at traumer eller andre vonde opplevelser i barndom forstyrrer integrasjonen, enten det er ved at dissosiasjon brukes som forsvar, eller grunnet traumet i seg selv. Dette fører til sårbarhet for utvikling av DID (Gold, 2023).

Med bakgrunn i klinisk arbeid trekkes det frem symptomer som blant annet nedsatt visuell koordinering samt forstyrrelser av integrering i synspersepsjon mellom venstre og høyre øye, symptomer på emosjonell ubalanse, samt manglende opplevelse av og evne til å sette ord på emosjoner, mangel på eller vansker med interpersonlig emosjonell kontakt, en opplevelse av å ikke være et helt og sammenhengende individ, og opplevelser av depersonalisering (Gold, 2023, s. 319). Slike symptomer underbygger teorien om DID og mulige skifter ved personlighetstilstander.

**Empiri.** Selv om kontekstuell dissosiasjonsteori vektlegger påvirkningen traumer kan ha på utvikling av DID, nevnes det også at sammenhengen mellom traumer og DID er kompleks. Blant annet vises det til funn fra studier som viser at de fleste med traumer ikke har dissosiative symptomer (Gold, 2023). På den andre siden vises det også til studier som har funnet at alvorlige og langvarige traumer som starter i tidlig barndom viser høyere korrelasjon med DID, men at det også er andre faktorer som spiller inn i tillegg.

### ***The Four-Dimensional (4-D) Model***

**Bakgrunn.** 4-D modellen er muligens den teorien som har flest likheter med de andre teoriene. Den traumerelaterte modellen har et fenomenologisk fokus, samt forfatterne trekker linjer til teori om strukturell dissosiasjon av personligheten (Frewen et al., 2023).

Fenomenologiske aspekter står også sentralt på samme måte som ved perseptuell teori, men i denne modellen trekkes det frem følgende fire aspekter: «tid, tanke, kropp og emosjoner» (Frewen et al., 2023, s. 329). Det kritiseres at en rekke begreper og forståelsesmodeller på dissosiasjon og DID er vage, og Frewen et al. (2023) hevder at fenomenologiske aspekter kan bidra til å bedre forklare og forstå dissosiasjon og dissosiative lidelser.

Teorien skiller mellom «alterations in consciousness» (ASC) og «normal waking consciousness» (NWC), hvor ASC referer til tilstander av å være framkølet eller dissosiert, samt symptomer på depersonalisering og derealisering (Frewen et al., 2023). På den andre

siden beskrives NWC som en normal, integrert og påkoblet tilstand. Frewen et al. (2023) sammenligner de fire nevnte fenomenologiske aspektene opp mot ASC og NWC for å se på eventuelle endringer i bevissthetstilstand, enten relatert til tid, tanke, kropp eller emosjoner.

**Teori om DID.** Mens ASC i denne teorien beskriver dissosiasjon som fenomen, er det begrepet «self-referential processing» (SRP) som beskriver tilstanden som oppleves ved DID, da tilstanden tilsvarer ulike personlighetstilstander. Teorien trekker videre frem at personen i NWC er opptatt av å beskytte seg selv, blant annet gjennom emosjonsregulering. Normalt sett vil personen i NWC oppleve ting som om det skjer med «meg», men i møte med traumatiske situasjoner kan personen i NWC imidlertid gå fra å oppfatte at «noe skjer med meg», til at «noe skjer med noen». Dette fungerer som en måte å beskytte seg selv på. Frewen et al. (2023) forklarer at individet slik beskytter seg mot traumer, altså ved å prosessere at det skjer med en annen personlighetstilstand.

**Empiri.** Frewen et al. (2023) har gjort hypotesetesting på 4-D modellen, hvor fire hypoteser ble testet opp mot observasjoner fra flere studier. Resultatene på hypotesetestingen konkluderte med at dissosiative opplevelser (ASC) 1) oppstår sjeldnere enn tilstander av NWC, 2) oppstår sjeldnere samtidig med tilstander av NWC, 3) oppstår oftere sammen med andre dissosiative symptomer og 4) oppstår samtidig med rapporteringer og målinger fra mishandling i barndommen (Frewen et al., 2023, s. 334).

På bakgrunn av et utvalg av hundrevis av nevrostudier støtter resultatene et skille mellom tilstander av NWC og ASC. Frewen et al. (2023) trekker videre frem at de nevralt nettverkene som danner SPR også er til stede ved dissosiative opplevelser, og dette kan dermed bygge opp under troverdigheten for ulike personlighetstilstander og DID som lidelse.

### *A Psychoanalytic Model of Mind*

**Bakgrunn.** Den siste teorien i det traumeteoretiske perspektivet bygger på Sigmund Freud og psykoanalysen, samt disipliner som filosofi, hermeneutikk og fenomenologi (Stern,



2023). Dette er ikke én enkelt teori, men en sammenfatning vi har gjort av sentrale forståelser av dissosiasjon som er formulert av teoretikere fra det psykoanalytiske feltet. Det er særlig Freuds teorier om ubevissthet og undertrykkelse av opplevelser, ofte grunnet det traumatiske innholdet eller konfliktfylt tankeinnhold, som er sentralt i forståelsen av dissosiasjon (Mitchell & Black, 2016). Psykoanalysen forstår dissosiasjon som en grunnleggende måte å oppleve på, både gjennom bevisste og ubevisste prosesser, men også dissosiasjon som forsvarsprosesser. Dissosiasjon har med andre ord en stor plass i psykoanalytisk forståelse av sinnet (Stern, 2023). Psykoanalytisk forståelse av dissosiasjon samsvarer også med Harry Stack Sullivans, da han blant annet mente at dissosiasjon fungerer som et forsvar i møte med traumatiske opplevelser (Stern, 2023). Det var videre traumatiske opplevelser Sullivan omtalte som «problems in living», hvor dette særlig gjaldt interpersonlige problemer i møte med omsorgspersoner eller andre signifikante. I psykoanalytisk teori for dissosiasjon blir dermed patologisk dissosiasjon forstått som et forsvar i møte med traumatiske opplevelser (Stern, 2023).

I nyere tid har Stern (2023) arbeidet særlig med prosessen om «unformulated» (heretter: uformulerte) opplevelser, hvor dissosiasjon tilsynelatende spiller en stor rolle. Uformulerte opplevelser kan beskrives som ubevisste opplevelser, som først blir bevisste gjennom formulering. Stern (2023) foreslår at formuleringen kan oppstå både gjennom eksplisitt, verbal refleksjon, samt gjennom implisitt, non-verbal refleksjon. Med bakgrunn i dette argumenterer Stern (2023) for at bevissthet ikke er en passiv prosess med et passivt utfall, men som noe individet selv skaper og oppnår. Dersom individet derimot selv forhindrer en slik realisering, kan dette omtales som et forsvar. Dissosiasjon kan, ut ifra denne modellen beskrives som «en manglende evne eller ubevisst uvillighet til å formulere opplevelser, og at en slik forhindring er det samme som å dissosiere» (Stern, 2023, s. 345).

**Teori om DID.** I tillegg til at psykoanalytisk modell anser dissosiasjon som et forsvar (Allen, 2001), trekker modellen også frem skillet mellom passiv og aktiv dissosiasjon, og «vanlig» og patologisk dissosiasjon (Stern, 2023; Vermetten et al., 2007). Passiv dissosiasjon omtales som svak eller «vanlig» dissosiasjon. Aktiv dissosiasjon beskrives som patologisk, sees ofte i sammenheng med traumer og lidelser som DID, samt «not-me» som Sullivan omtalte dissosiasjon mellom selvsystemene.

Brenner (2001) hevdet også i sin psykoanalytiske modell på DID at dissosiasjon som forsvarsmekanisme kan føre til en fornektelse i individet som skaper en opplevelse av å være atskilt mellom de ulike personlighetstilstandene. Videre hevdet han at dissosiativ amnesi som oppstår ved skifter mellom personlighetstilstander er skapt grunnet fornektelse, og at de ulike personlighetstilstandene dermed ikke inngår i individet sin helhetlige autobiografiske opplevelse.

**Empiri.** Brenner (2001) nevner videre at hukommelsesforskning støtter subjektiv amnesi mellom identiteter i DID. Dette gir dermed støtte til tanken om forsvarsprosess som en aktiv prosess, noe Stern (2023) omtaler som patologisk dissosiasjon, ofte sett i sammenheng med DID. Teorien har ellers et solid grunnlag i tidligere litteratur, blant annet fra Freud og Sullivan, og peker dermed i mindre grad på nyere forskning, sammenlignet med de andre traumerelaterte teorier.

### **Sosiokognitive perspektiver på DID**

Den andre gruppen av teoretiske perspektiver på DID som vi identifiserte i arbeid med denne oppgaven var sosiokognitive perspektiver. Loewenstein (2018) trekker frem tre relaterte modeller for DID som er postulert av skeptikere av traumeperspektivet: Den sosiokognitive modellen (SCM); Fantasimodellen (FM) og den iatrogene modellen (IM). Disse modellene vil vi beskrive mer detaljert under, men for en rask oversikt og sammenligning, se tabell 2.

**Tabell 2***Oversikt over sosiokognitive modeller*

	<b>Sosiokognitiv modell</b>	<b>Fantasimodell</b>	<b>Iatrogen modell</b>
<b>Bakgrunn/empiri</b>	Hypnoseforskning Nevrokognitive studier Korrelasjonsstudier Rapporter om klinisk praksis på DID Historisk litteratur Kulturforskning Kritikk av traumestudier	Korrelasjonsstudier Kritikk av traumestudier	Korrelasjonsstudier Rapporter om klinisk praksis på DID Kritikk av traumestudier
<b>Etiologi</b>	Forventningseffekter Medfødte egenskaper Sosial konstruksjon Kulturelt formet	Sosial konstruksjon Medfødte egenskaper - med vekt på tilbøyelighet for fantasi	Forventningseffekter skapt i terapirommet
<b>Forståelse av dissosiasjon</b>	Dissosiasjon = hypnose Tilstand som oppleves ufrivillig og ukontrollerbar basert på kulturelle og sosiale forventningseffekter	Medfødt tilbøyelighet for å oppleve dissosiasjon Høy grad av fantasi former selvforståelse og opplevelse	Kliniker-skapt selvforståelse og opplevelse Kulturelle påvirkninger

Felles for disse tre forståelsesmodellene er at de ikke anser traumeetiologi for å være like sentralt for DID som de traumeteoretiske modellene antar, samt at de i større eller mindre grad vektlegger andre sosiale og kognitive faktorer som nødvendig for, eller medvirkende i, utviklingen av DID. Bakgrunnen for den økte skepsisen mot DID som en valid diagnose er sammensatt. Det samme gjelder også for kritikken mot traumeperspektivets forståelse av DID som en traumelidelse. Loewenstein (2007) peker blant annet på historiske svingninger av større og mindre oppmerksomhet rettet mot DID gjennom tidene, ofte relatert til krigstid, og hypotetiserer at det ikke vil endre seg med det første. Piper og Merskey (2004b) spår også at hele feltet på DID vil forsvinne etter hvert som de tror empirien bak traumemodellen faller til kort.

Som tidligere nevnt trekkes ofte utgivelsen av boken «Sybil» frem som en sentral markør for den moderne bølgen av oppmerksomhet rundt diagnosen både i populærkultur og blant klinikere (Piper & Merskey, 2004a). Videre bidro også utgivelsen av DSM-III (APA, 1980) på 80-tallet med inklusjonen av diagnosen multippel personlighetsforstyrrelse (som i dag kalles DID) til et økt klinisk fokus, og feministiske bevegelser skapte økt interesse og oppmerksomhet rundt forekomst av incest, vold og seksuelle misbruk mot kvinner og barn (Spanos, 1996). Piper og Merskey (2004a) og Lynn et al. (2012) peker også på økt forekomst i både tilfeller og antall identiteter hos den enkelte pasient i denne perioden, samt at det var et fåtall av klinikerne som sto bak størsteparten av DID-diagnosene som ble satt.

I det følgende vil vi presentere tre modeller ved å først si noe om bakgrunn, før vi går mer spesifikt inn i teori og forståelse av DID, samt empirien som ligger til grunn.

### *Den sosiokognitive modellen*

**Bakgrunn.** Nicholas Spanos er kjent for å ha utviklet den sosiokognitive modellen, og ga i 1996 ut en bok som handlet spesifikt om denne modellen opp mot diagnosen DID (Spanos, 1996). Han brukte selv den tidligere diagnostiske betegnelsen Multiple personality disorder (MPD), men vi vil konsekvent holde oss til DID for å unngå forvirring i denne oppgaven. Spanos hevdet at hypnose ikke var et resultat av endring i bevissthetstilstand, men et resultat av kontekstavhengige forventninger og sosial påvirkning fra en hypnotisør (Spanos, 1996, s. 19). Dette var da en ny måte å anse hypnose på, samt at det preget Spanos sin forståelse av DID. I boken samlet han både bakgrunnskunnskap om hypnose som terapeutisk verktøy, falske minner, empiri om multiplisitet på tvers av kulturer, samt sitt perspektiv på den diagnostiske kategorien DID.

**Teori om DID.** Det sosiokognitive perspektivet er ikke spesifikt for DID, men det er et rammeverk som kan brukes for å forklare en rekke relaterte fenomener. I boken er det dette perspektivet Spanos bruker for å forstå DID (Spanos, 1996). For enkelhets skyld velger vi å

benevne dette som den sosiokognitive modellen for DID. Fokuset i den sosiokognitive modellen er i stor grad basert på kritiske debatter i samtiden, særlig med tanke på en plutselig økning i diagnostisering av DID, samt kritikk mot argumentene postulert fra traumeperspektivet.

Spanos beskriver DID-pasienter hovedsakelig som kvinner som oppfører seg som, og tror at de har flere identiteter (personlighetstilstander). Dette kommer for eksempel til uttrykk gjennom skifting mellom tilsynelatende ulike «personer» med egne navn, og amnesi mellom disse tilstandene (Spanos, 1996). I motsetning til det han benevner som sykdomsmodellen for DID, at DID er et resultat av en psykopatologisk utvikling etter tidlig eksponering for traumer, postulerer Spanos (1996, s. 3) i den sosiokognitive modellen at DID er et sosiohistorisk produkt der pasientene utviser en atferd som resultat av forventningseffekter, sosial påvirkning og kultur.

Et av de mest sentrale argumentene som tas til inntekt for den sosiokognitive modellen er relatert til den historiske sammenhengen av multiplisitet og hypnose. Bliss (1986) sin modell på DID definerer diagnosen som «et resultat av selv-hypnose som går berserk» (som lest i Putnam, 1993, s. 12), noe som er med på å forklare datidens praksis med bruk av hypnose både for å gjenhente minner, og for å få kontakt med de «skjulte» personlighetstilstandene. Personer som har slike dissosiasjonslignende opplevelser under hypnose hevder ofte at det skjer ufrivillig og spontant, mens Spanos (1996) peker på hypnose som et resultat av forventningseffekter og suggesjoner fra en hypnotisør, og trekker dermed denne slutningen videre til DID.

Holdninger blant klinikere som jobber med behandling av pasienter med DID er også en faktor som vurderes relevant for å forstå hvordan teoretikere tenker at DID kan være et resultat av iatrogenese. I en terapiretning med navn «incest resolution therapy» (Spanos, 1996, s. 74) var det vanlig at klinikere brukte hypnotiske prosedyrer med regresjon for å få

pasientene til å mentalt reise tilbake i tid for å kunne «huske» om de opplevde noe traumatisk i barndommen som kunne bidra til symptomene deres. I en spørreundersøkelse blant over 200 psykoterapeuter på doktorgradsnivå svarte 74% at de brukte minst en av teknikkene som ble forbundet med en slik praksis (Spanos, 1996, s. 75). Spanos (1996) trekker frem særlig tre oppfatninger og holdninger blant klinikere på dette feltet som bidro til denne praksisen; tro på at incest og overgrep mot barn er veldig vanlig, at slike opplevelser ofte undertrykkes, og at generelle symptomer på psykisk lidelse er bevis for at overgrep har skjedd. Undertrykkelse i denne sammenheng peker på begrepet «repression», som defineres som en forsvarsmekanisme med aktiv men ubevisst undertrykkelse av tanker, minner og opplevelser (Braude, 2023, s. 42). Spanos kritiserte disse holdningene, og pekte på sannsynligheten for å generere falske minner ved hypnotisk suggestibilitet, noe andre teoretikere også har stilt seg bak (Piper & Merskey, 2004). SCM-modellen postulerer også at DID-pasientene også er mer sårbar for slik påvirkning, og at de i større grad enn andre vil produsere falske minner ved suggesjoner fra en terapeut på grunn av individuelle faktorer som høy hypnotiserbarhet og tilbøyelighet for fantasi (Lynn et al., 2012; Spanos, 1996).

Andre karakteristikk hos DID-pasientene som trekkes frem (Spanos, 1996) er felles faktorer relatert til komorbide lidelser, med særlig vekt på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). Særlig trekker han frem beskrivelser av at pasienter med BPD oftere enn andre grupper har tendens til å overdrive symptomatologi, og at disse er mer tilbøyelig til å ønske å adoptere en rolle som DID-pasient. Han understreker likevel at personene med disse karakteristikkene ikke er friske personer, og at de har behov for psykologisk behandling, men ikke for DID. Andre proponenter for SCM har senere også pekt på at de ikke mener at symptomene eller rollen «spilles» bevisst, og at begrepet «role enactment» beskriver dette bedre enn «role playing» som kan antyde at de er ute etter å bevisst lure andre (Lynn et al., 2022, s. 266).

Noen av de kulturelle fenomenene Spanos (1996) fokuserer mest på er ulike former for religiøst betingede åndebesettelser og tungetale, som ofte ansees som positive fenomener, men også behandlingstrengende tilstander, i en rekke kulturer og historiske kontekster. Han peker på at det er felles faktorer mellom slike fenomener og DID, gjennom at det aktuelle samfunnets forestillinger knyttet til dem er med på å forme hvordan fenomenene oppleves. Eksempelvis er det slik i noen religiøse miljøer at bare personer av en viss status kan oppleve å bli overtatt av en ånd og tale fra denne ånden (tungetale), mens i andre religiøse miljøer er dette noe som skjer regelmessig med alle medlemmene. I andre kulturer har slik praksis, som å hevde å kunne besettes av ånder, kunne gi positive gevinster som status, inntekt og mulighet til å uttrykke seg fritt i kulturer med strenge normer for hva som er akseptabel atferd. På samme måte mener han at endringene i presentasjoner av DID, som i hvor mange personlighetstilstander de har og hvordan den dissosiative amnesien utfolder seg, også er et resultat av sosiale forventningseffekter. I tråd med Becker (1993) sin stemplingsteori skriver også Cochrane (1983) om hvordan merkelapper kan forsterke et individs atferd i tråd med forventninger fra omverden, men også at rollen som syk for noen kan være den best tilgjengelige mestringsstrategien de har.

**Empiri.** Det meste av forskningen brukt av Spanos for å understøtte den sosiokognitive modellen for DID baserer seg på et paradigme som sammenligner atferden til deltakere som skårer høyt på hypnotiserbarhet med deltakere som skårer lavt på hypnotiserbarhet, der den sistnevnte gruppen blir bedt om å simulere hypnose (Spanos, 1996, s. 25-27). Spanos definerer hypnotiserbarhet som tilbøyelighet til å føye seg etter forventninger og situasjonelle krav. Videre bruker de i de ulike studiene ulike suggesjoner som uavhengige variabler for å belyse hvordan disse påvirker deltakernes atferd.

Resultater fra slike studier viser at det er små variasjoner i betingelser som skal til for at de to gruppene utviser lik atferd, noe som tas til inntekt for at de fleste med riktig

motivasjon vil klare å tolke hvilke forventninger og krav situasjonen stiller. Videre trekkes det da slutninger om at DID-pasienter har noen personlige egenskaper, som for eksempel at de er lett påvirkelige eller har motivasjon fordi de kan oppnå sekundærgevinster gjennom å «spille rollen» som en person med flere personlighetstilstander og tung traumehistorie. De hevdes å være flinke til å tolke hva som forventes av dem, og å gå langt for å møte ytre krav (Spanos, 1996).

Hypnotisk amnesi oppstår heller ikke like spontant som det er vanlig å tro (Spanos, 1996). I studier på hypnoseindusert amnesi ble det funnet at deltakerne ikke opplevde amnesi for det som skjedde under hypnose med mindre det ble spesifisert ved suggesjon. Ved kontroll i etterkant viste det seg også ofte at subjektene ikke faktisk hadde amnesi for informasjonen de ble instruert i å glemme. I stedet for å være spontan og ufrivillig konkluderte Spanos (1996) derfor med at den hypnotiske amnesien (som han sidestiller med dissosiativ amnesi) var målrettet atferd med hensikt å fylle ytre forventninger. Han pekte også på historiske endringer i presentasjon av symptomer hos DID pasienter som argument for denne hypotesen, der personene med DID i noen kulturer og perioder gikk inn i en søvnliggende tilstand før de skiftet mellom personlighetstilstander, og tidligere var det heller ikke uvanlig at nye personlighetstilstander hadde amnesi for grunnleggende atferd som de måtte lære seg på nytt. Slike symptomer presenterer ikke pasientene med diagnosen i dag, noe som tas til inntekt for at hukommelsessystemene ikke kan være fullstendig segregert. Lynn et al. (2012) hevder også at litteraturen om kognitive mekanismer bak dissosiativ amnesi er mer til støtte for en sosiokognitiv forståelse, da det finnes lite bevis for en objektiv amnesi.

### ***Fantasimodellen***

**Bakgrunn.** Fantasimodellen (FM) kan sees som en forlengelse av den sosiokognitive modellen (SCM), og har hatt et primært fokus på DID. Derfor vet vi lite om hva den eventuelt sier om andre dissosiative fenomener og lidelser (Lynn et al., 2014). Modellens opprinnelse



og utbredelse fremstår litt uklar i litteraturen, da teoretikere som forbindes med modellen selv argumenterer for at deres teoretiske forståelse av DID bedre kan kalles sosiokognitiv. Det fremstår som at det har vært en utvikling over tid der flere teoretikere har enes om en bredere forklaringsforståelse. Vi velger likevel å inkludere FM da den er nevnt gjentatte steder i litteraturen (Dalenberg et al., 2012; Loewenstein, 2018; Lynn et al., 2014), og fordi sammenhengen mellom tilbøyelighet for fantasi og DID er relevant i andre modeller innenfor det sosiokognitive perspektivet.

**Teori om DID.** Lynn et al. (2014) er blant de som postulerer at tilbøyelighet for fantasi er sentralt i utvikling av dissosiative lidelser. Mest sentralt er argumentet om at tilbøyelighet for fantasi er en medierende faktor som bidrar til å øke sårbarheten hos disse individene for ytre påvirkninger, suggesjoner og at de mer sannsynlig vil kunne skape falske minner for eksempel i møte med klinikere som bruker suggestive intervjumetoder.

Tilbøyelighet for fantasi defineres av Loewenstein (2018, s. 230) som et spesifikt konstrukt fra hypnosefeltet som peker på høyt hypnotiserbare individers evne til å delta i livlig fantasi og å leve seg inn i en forestillingsverden, samt kognitive utfordringer med å skille fantasi og virkelighet. Ifølge fantasimodellen er denne disposisjonen ansett som sentral i utvikling av dissosiasjon og DID, og at dette er en faktor som gjør noen individer med sårbare for de sosiale og kulturelle påvirkningene som understrekes og observeres i SCM-modellen (Lynn et al., 2014). De avviser ikke at traumer kan ha en etiologisk årsak for DID og andre dissosiative lidelser, men peker på at traume-dissosiasjonskorrelasjonen også kan handle om generelle påkjenninger i livet, og at studiene på korrelasjon mellom traumer og DID ikke er gode nok til å skille fra hverandre ulike typer traumepåvirkning og stress (Lynn et al., 2014). Tilbøyelighet for fantasi predisponerer for bruk av dissosiative strategier for å håndtere utfordringer, og for noen kan det fungere effektivt mens for andre blir det en mer patologisk utvikling med overdreven bruk.

**Empiri.** Empirien som trekkes frem av teoretikere som presenterer denne modellen for DID overlapper i stor grad med den sosiokognitive modellen, gjennom å blant annet peke på forskning som viser korrelasjon mellom DID og tilbøyelighet for fantasi (Lynn et al., 2012), sammenheng mellom tilbøyelighet for fantasi og falske minner, mulig iatrogene påvirkninger (Piper & Merskey, 2004b), samt sosiale og kulturelle påvirkningsfaktorer (Spanos, 1996). Det handler også her om kritikk mot traumeforskningen som det refereres til i traumeperspektiver på DID (Lynn et al., 2014).

### ***Iatrogenese-modellen***

**Bakgrunn.** Dette er den minst definerte modellen av de vi har trukket frem fra det sosiokognitive perspektivet, og Loewenstein (2018) benevner det som iatrogenese-modellen. Ellers i litteraturen er det benevnt med andre navn (se f.eks. Putnam, 1993), eller som argumenter under et generelt rammeverk av et sosiokognitivt perspektiv. Til tross for utydelig definisjon av modellen velger vi å inkludere den basert på hvor utstrakt debatten rundt iatrogenese har vært, samt at noen forfattere har hevdet at DID utelukkende er iatrogen skapt i terapi (Piper & Merskey, 2004a).

**Teori om DID.** Årsaksforklaringen på DID i denne modellen er at symptom bildet som utvises av DID-pasienter er iatrogen, altså at det er en tilstand som er skapt av behandling gjort av en lege eller tilsvarende. Argumentasjonen i diskusjoner rundt DID peker ofte i retning av at klinikere som er særlig opptatt av barndomstraumer, og tror at det er svært utbredt hos pasienter som opplever et bredt spekter av symptomer, fremkaller disse symptomene hos sårbare pasienter (Spanos, 1996).

I sin litteraturgjennomgang konkluderer Piper og Merskey (2004a; 2004b) med at DID er en tilstand som best kan forstås som kulturbundet, og at den ofte er iatrogen. De hevder også at mange av påstandene som er fremsatt av tilhengerne av traume-modeller for DID motstrider med andre fakta og prinsipper som finnes i den mer generelle forskningen. Dette

gjelder i størst grad forståelsen av dissosiativ amnesi, og påstanden om at DID pasienter undertrykker eller glemmer de traumatiske hendelsene som er opphav til lidelsen deres, til tross for at innkodning har skjedd. Dodier et al. (2021) trekker blant annet frem andre forklarende faktorer som at traumatiske minner fra barndommen kan ha blitt re-tolket som traumatiske i voksen alder, og sosiale faktorer som medfører en bevisst unngåelse av å huske. De avviser ikke eksistensen av dissosiativ amnesi, men mener at andre forklaringsmodeller er mer overbevisende.

Etter 70-tallets store oppblomstring av traume-fokus og det Piper og Merskey (2004a) kalte en «epidemi av DID» oppsto det også en motreaksjon trigget av DID-pasienter som anmeldte familiemedlemmer for alvorlige seksuelle overgrep i barndommen. Familiene som hevdet å bli falskt anklaget gikk sammen og startet en organisasjon kalt «False Memory Syndrome Foundation» (FMSF) (FMSF, 2006). De var opptatt av å gi disse familiene et støttende felleskap og bidro også til å spre informasjon om falske minner. Organisasjonen ble oppløst i 2017. «False memory syndrome» er ikke en offisiell diagnostisk kategori, men det mottok mye oppmerksomhet og ble støttet av hukommelsesforskere (Loewenstein, 2018). Tilhengere av sosiokognitive og iatrogene forståelser av DID hevder også at mange av anklagene ble trukket tilbake, og at flere pasienter senere anmeldte terapeuten sin. Loewenstein (2007, s. 291) hevder at dette kritiske synet på personer som påstår å ha opplevd overgrep i barndommen hadde stor påvirkning hos både fagfolk og befolkningen for øvrig, men at effektene ble dempet med tiden.

**Empiri.** Nevrobiologisk forskning som søker å forstå hvilke mekanismer som ligger til grunn for den tilsynelatende amnesien som DID-pasienter presenterer dreier seg i stor grad om hukommelsesforskning, samt forskning på sympatiske og parasympatiske systemer og traumatisk respondering (Dorahy & Huntjens, 2007; Nijenhuis & den Boer, 2007). Dorahy og Huntjens (2007) konkluderte blant annet med at det ikke finnes empirisk støtte for en objektiv

amnesi, men sterke beviser for en reell subjektiv opplevelse av glemsel. Tilhengere av en iatrogen forståelse av DID fortolker slike funn, samt som tidligere nevnt forskning innenfor det sosiokognitive perspektivet (Lynn et al., 2012; 2014, Spanos 1996), til inntekt for sin forståelse av tilstanden.

Dissosiasjonsfeltet, særlig med fokus på DID, er fremdeles et felt som står i spenninger rundt hvordan vi best bør forstå, og hjelpe denne gruppen pasienter. Opponenten mot traumeperspektivet i dag er ikke like tydelige på å hevde at diagnosen er iatrogen, eller at det er et resultat av emosjonell ustabil patologi, høy hypnotiserbarhet eller tilbøyelighet for fantasi. De som har vært tilhengere av SCM/FM ser heller ut til å møte traumerelaterte teoretikere på noen punkter, samt ønsker en mer helhetlig og transteoretisk tilnærming.

### **Transteoretisk perspektiv**

I motsetning til traumeperspektivet, og det sosiokognitive perspektivet, er det transteoretiske perspektivet av nyere opprinnelse og ikke et perspektiv som i seg selv inkluderer flere konkrete modeller eller teoretiske forståelser av DID. Det vi velger å kalle det transteoretiske perspektivet er basert på en utgivelse av blant annet (Lynn et al., 2022), der de selv bruker begrepet «transteoretisk rammeverk» for å beskrive sin tilnærming til DID. Dette er ikke en konkret teori eller modell for DID, men forfatterne postulerer en rekke alternative faktorer som de tror bidrar til utvikling av fenomenet og diagnosen. På denne måten er det et transteoretisk perspektiv, da de forsøker å integrere både teorier for traume-forståelse samt kognitiv teori, emosjonsteorier og søvnforskning.

**Bakgrunn.** De siste ti årene har det blitt publisert flere artikler fra kjente navn på dissosiasjonsfeltet, spesielt fra den sosiokognitive siden, som taler for et transteoretisk perspektiv på dissosiative lidelser og DID (Lynn et al., 2014; 2022). I denne konteksten vil et transteoretisk perspektiv innebære et forslag om at det er interaksjoner mellom traumer, samt kulturelle, kognitive og sosiale faktorer som spiller inn i utvikling av DID. Siden toppen av

kontrovers og skepsis på 70-80-tallet og frem til i dag har diskursen blitt mindre polarisert, og teoretikere fra begge kanter forsøker å oppklare misforståelser rundt sine teorier fremstilt av meningsmotstandere. Et eksempel på dette er en artikkel av Dodier et al. (2021) der de understreker at de på ingen måte mener at traumer er den eneste nødvendige etiologiske faktoren for å utvikle DID, og heller ikke at de ikke tror sosiale og kulturelle faktorer spiller inn på lidelsens uttrykk.

I sin omfattende review peker Lynn et al. (2022) på den traumerelaterte modellen (TM) og den sosiokognitive modellen (SCM) som de mest sentrale, samtidig som de hevder at disse ikke gir en god nok samlet forståelse av DID eller andre dissosiative lidelser.

**Teori om DID.** Det største grunnlaget for dette perspektivet ligger i at traumeteorier og sosiokognitive modeller alene ikke forklarer fenomenet DID tilstrekkelig (Lynn et al., 2022). Det finnes mye varians som ikke traumefaktorer og sosiokognitive faktorer kan forklare statistisk, noe som etterlater et rom for at andre variabler kan og bør undersøkes. De trekker særlig frem at potensielle kognitive og emosjonelle variabler som blant annet søvnforstyrrelser, hemmet selvregulering, hyperassosiasjoner og set-skift, og feil i realitetstesting, samt kilde-attribusjon bør undersøkes nærmere. Hyperassosiasjoner er definert som «en økt aktivering og flyt mellom semantiske og emosjonelt relaterte konsepter» (Lynn et al., 2022, s. 272). Set-skift er et begrep som er relatert til skiftingen som er karakteristisk for personer med DID, og her baserer det seg på en teori om at det i hjernen utvikles mer eller mindre faste sett av responser som inneholder ulike handlinger, tanker og følelser som er passende i gitte situasjoner. Responsene kan ansees som mønster som gjentar seg (Lynn et al., 2022). Dette er også relatert til realitetstesting og feil i kilde-attribusjon, som handler om at pasienter med DID kan oppleve at slike set-skift skjer uten at det attribueres til at handlingstendensene tilhører seg selv, altså at det føles som det skjer med en annen person.

Videre vurderer Lynn et al. (2022) at dissosiative lidelser generelt, og DID spesielt, best kan forstås som resultat av feilslåtte normale adaptive systemer og funksjoner. Både traumeperspektivet og det sosiokognitive perspektivet peker på dette. Dette ser vi gjennom forståelsen av at peritraumatisk dissosiasjon blir maladaptivt når det vedvarer, og forsvarsprosesser som blir forstyrrende i stedet for til hjelp, samt at medfødte trekk gjør individene sårbar for iatrogene ytre påvirkningsfaktorer fra terapeuter og samfunnet for øvrig. De avviser ikke at traumer kan spille inn på den feilslåtte utviklingen av kognisjon og emosjoner, men anser det viktig å også se på potensialet for andre medierende faktorer som medfødte trekk og innvirkningen av blant annet søvnforstyrrelser.

**Empiri.** Sentralt for argumentasjonen bak at traumemodellen ikke er tilstrekkelig for å forklare dissosiative symptomer og lidelser er at noen alvorlige traumatiske hendelser ikke fremkaller dissosiasjon hos alle, og at ikke alle med dissosiasjon har opplevd traumer (Lynn et al., 2022). I tillegg peker de på at det må ligge andre forklaringer bak tendensen til at dissosiasjon ikke oppstår utelukkende på grunn av defensive behov. Relevant for forståelsen av DID er blant annet forskningen gjort på søvn. Aksen et al. (2020) konkluderte med at søvn var variabelen som sto for den største variansen i skårer på dissosiasjon sammenlignet med andre variabler. Emosjonell dysregulering var også en variabel som viste en unik korrelasjon med dissosiasjon når det var kontrollert for andre forklarende konstrukter som PTSD, traumeeksponering, søvnopplevelser og negativ affekt. I tillegg fungerte variabelen også som en medierende effekt mellom dissosiasjon og PTSD-symptomer, søvn og impulsivitet. Faktorer ved emosjonell dysregulering, aleksitymi og impulsivitet trekkes også frem som særlig relevant da de kan påvirke individets evne til å bruke andre adaptive selvreguleringsstrategier.

## Diskusjon

Som vi har sett eksisterer det fremdeles uenighet rundt hvordan vi best kan forstå dissosiative fenomener og lidelser, der DID kan synes å være det fenomenet og diagnosen som er omgitt av flest kontroverser. Fra 1800-tallet frem til i dag har fokuset på feltet gått fra å dreie seg om forståelse av dissosiative fenomener mer generelt, til å handle mer om spørsmål om etiologi og validitet med særlig fokus på DID. Med bakgrunn i observasjoner av fenomenet fokuserte de tidlige diskusjonene på hvordan dissosiasjon skulle forstås, der de vanligste måtene var å forstå det som dobbel personlighet (strukturell dissosiasjon), hypnotiske tilstander eller om det skulle kalles hysteri (van der Hart & Dorahy, 2023, s. 13-14). I senere tid har vi derimot sett at særlig forståelsen av DID som strukturell dissosiasjon av personligheten har fått mye kritikk, og det har blitt stilt spørsmål rundt hvorvidt det er en valid og reliabel diagnose og om traumer faktisk spiller en så stor rolle som antatt (Lynn et al., 2012). I det følgende vil vi først kort dra sammen og presentere hva som er de sentrale forskjellene innenfor traumeperspektivet og det sosiokognitive perspektivet før vi vil argumentere for det som blir hovedpunktene for diskusjonen i denne oppgaven.

Til tross for ulik bakgrunn og begrepsforståelse, har de ulike traumeteoretiske modellene viktige fellestrekk med tanke på etiologi og traumefokus, samt fokus på tilknytningsteori. Videre trekker teoriene frem skillet mellom normal og patologisk dissosiasjon, enten det snakkes om enkel eller kompleks dissosiasjon eller dissosiative reaksjoner eller symptomer. Det refereres til dissosiative tilstander på ulike, men overlappende måter på tvers av teoriene; teori om strukturell dissosiasjon (van der Hart & Steele, 2023) bruker begrepet handlingssystemer, 4-Dimensjonal modell (Frewen et al., 2023) kaller det endrede bevissthetstilstander, mens Discrete Behavioral States-teori (Loewenstein & Putnam, 2023) omtaler det som atferdstilstander. Det er også forskjeller mellom disse modellene, for eksempel hvorvidt de ulike teoriene forklarer veksling mellom

personlighetstilstander som viljestyrt eller som uttrykk for mangel på integrasjon.

Psykoanalytisk teori (Stern, 2023) er muligens den teorien som skiller seg mest ut fra resten av de traumerelaterte teoriene, da teorien er særlig tydelig på forståelsen av dissosiasjon som et forsvar, og ikke som en mangel på integrasjon. Teorien har et solid grunnlag i historien knyttet tilbake til Freud sitt arbeid, men viser til noe begrenset nyere empiri på teorien, i motsetning til de andre traumerelaterte teoriene.

Fra det sosiokognitive perspektivet har vi sett at ulike forfattere har postulert kritikk ved validiteten av DID, samt at både den sosiokognitive modellen (Spanos, 1996), fantasimodellen (Lynn et al., 2014) og iatrogenese-modellen (Piper & Merskey, 2004a; 2004b) hevder at sammenhengen mellom dissosiative lidelser og traumer er svakere enn postulert i traumeteoriene. I de sosiokognitive modellene har derimot sosiale og kulturelle effekter blitt vektlagt, samt likheter mellom DID og hypnotiske tilstander. Felles for alle de tre forståelsesmodellene er at de vurderer faktorer som individuelle personlighetstrekk, komorbide diagnoser og iatrogene behandlingseffekter som mer sentrale i utviklingen av tilstandsbildet disse pasientene utviser. Også blant disse modellene finner vi forskjeller på hva de vektlegger mest, og hva som er antatt nødvendig og tilstrekkelig for at pasienter skal utvikle DID. Den iatrogene forståelsesmodellen legger for eksempel til grunn at iatrogen påvirkning fra klinikere er nødvendig, mens Spanos i den sosiokognitive modellen trekker frem mulig iatrogene faktorer som en av mange ulike forklaringer på et komplekst fenomen.

På bakgrunn av utfordringene som har eksistert, og fremdeles eksisterer, vedrørende hvordan dissosiative fenomener og DID best kan forstås, vurderer vi dette som et sentralt diskusjonstema i vår oppgave. Videre er debatten omkring falske minner og hvorvidt dissosiativ amnesi for traumeminner kan være reell eller ikke fremdeles dagsaktuell, noe vi tenker påvirker både den profesjonelle og den allmenne diskursen. Loewenstein (2018) viser blant annet til en studie på både kliniske og ikke-kliniske populasjoner som har dokumentert



amnesi for traumatiske hendelser. På den andre siden hevder (Piper & Merskey, 2004a) at det motsatte er tilfellet ved traumelidelser, der minnene av traumet heller forsterkes og at det ikke finnes noen eksempler i litteraturen på at tidligere undertrykte minner for beviselige traumer i barndommen har blitt gjenhentet i terapi. Dette vil derfor være det andre diskusjonspunktet vårt. Til slutt tenker vi også at kontroversene rundt etiologien til lidelsen er viktig med tanke på implikasjoner for både klinikere og pasienter. Da vil vi spesifikt fokusere på debatten om hvorvidt lidelsen er et resultat av dårlige livserfaringer eller dårlige behandlingsforløp.

### **Uenighet rundt måten å konseptualisere og forstå dissosiative fenomener**

Det er tydelig at det er to hovedgrupper av perspektiver som har en rekke ulikheter og på mange måter er polariserte i diskursen av dissosiasjon og DID. Sentrale stemmer på feltet peker på en diskurs som de opplever polariserer feltet ytterligere, heller enn å forsøke å møtes (Dodier et al., 2021), og det kan ha flere implikasjoner. Piper og Merskey (2004a; 2004b) har blant annet kritiserte traumeteoretisk forskning på DID. Kritikken dreier seg i hovedsak om at selvrapporterte traumer ofte ikke er støttet av objektive bevis, og at det er uklare definisjoner på begrepene forskningen refererer til, som eksempelvis «barnemishandling» og «seksuell mishandling». Ross (2009) svarer i sin artikkel, og kritiserer Piper og Merskey for å ha oversett relevant forskning og for å ha gjort en rekke feil i deres forskning ved å argumentere for påstander som ikke er relevant i diskusjonen av DIDs validitet. Med bakgrunn i dette eksempelet kan det synes som om forfatterne i noen tilfeller er mer opptatt av å forsvare egne standpunkt, eller argumenterer for hvordan det motsatte perspektiv har feilaktig fremstilt deres modeller, noe man kan anta kommer i veien for å søke mot en felles forståelse. Dermed kan det også tenkes at noe av debatten fremstår mer polarisert enn den egentlig er, særlig i lys av noen enkeltstemmer som uttaler seg noe sterkt. Til tross for uenigheter forsøker tilsynelatende begge perspektivene i økende grad å nærme seg en transteoretisk forståelsesmodell, blant annet Lynn et al. (2022). Lynn et al. (2014) trekker eksempelvis frem

synet på DID som en forstyrrelse i selvforståelse, og påpeker at det er positivt for integrasjonen av modeller på feltet at flere forfattere også anerkjenner dette i større grad enn tidligere.

Noe annet som kan se ut til å bygge opp under utfordringene som finnes ved å komme til en felles forståelse av dissociative fenomen er at det finnes empiriske funn som støtter begge perspektivene. Det kan blant annet synes som om forskningsfunn tolkes ulikt. Nijenhuis og kolleger (som gjengitt i Jakobsen, 2006) hevder blant annet å gjennom PET-avbildning kunne vise til signifikante forskjeller mellom ANP og EP hos personer med DID, og at dette igjen kan forklare en tilstandsavhengig tilgang til affektive minner, og dermed ulike selvbiografiske deler av selvet. Dorahy og Huntjens (2007) konkluderer på den andre siden med at det ikke er objektive ulikheter i hjernen (funksjonelt eller fysisk) som ser ut til å være årsak til den subjektivt opplevde inter-identitet-amnesien som DID-pasientene rapporterer. Dette er korrelasjonsstudier, som naturlig nok åpner opp for mer tolkning sammenlignet med studier som belyser årsak-virkning forholdet.

Økt polarisering på feltet kan også skyldes ulik faglig bakgrunn hos klinikere. Eksempelvis er det større overvekt av klinikere med en psykodynamisk bakgrunn innenfor traumeperspektivet (Allen, 2001), samt traumeteoretiske perspektiv på DID er utviklet med bakgrunn i blant annet tidligere litteratur, nevrobiologisk forskning og klinisk praksis (Frewen et al., 2023; Loewenstein & Putnam, 2023; van der Hart et al., 2006). Det sosiokognitive perspektivet domineres mer av kognitivt orienterte klinikere (Allen, 2001, s. 189), samt de sosiokognitive teoriene forsøker å finne mulige sosiale og kulturelle forståelsesmodeller på DID (Dodier et al., 2021). På den ene siden kritiseres traumerelaterte teorier som baserer seg på Janet sin kliniske forskning (Lynn et al., 2022) fordi hans teori i hovedsak baserte seg på observasjon av hysteriske pasienter (Dell, 2023). Vi tenker det er viktig og naturlig å kritisere gjeldende diskurs fordi det blant annet er på den måten vi kan utvikle vår forståelse av

komplekse fenomener og diagnostiske tilstander. På den andre siden har det eksistert pasienter med DID på tvers av land og kulturer, over lang tid (Loewenstein, 2018), som i seg selv argumenterer imot kritikken rettet mot Janet. Andre peker på om det er desorganisert tilknytning som er avgjørende faktor for utvikling av alvorlige psykiske lidelser, som DID, og dermed at traumeetiologi ikke nødvendigvis er kjernen i debatten (Atchison & McFarlane, 1994). De fleste traumeteoriene er enig i viktigheten av tilknytning, men anser likevel traumeetiologi som å være hovedfaktor ved utvikling av DID (Gold, 2023; Loewenstein & Putnam, 2023; van der Hart & Steele, 2023).

Konseptualisering av dissosiasjon har vært mye diskutert gjennom historien, og grunnet polariseringen finnes det ulike måter å beskrive dissosiasjon på. Eksempelvis definerer American Psychiatric Association sin ordbok dissosiasjon som en forsvarsprosess som resultat av overveldende minner (Colman, 2009), mens Steele et al. (2023, s. 76) er opptatt av å skille begrepet fra det de kaller endret bevissthetstilstand, da de argumenterer for at det «vanner ut» begrepet og forståelsen for dissosiasjon. Formuleringer i DSM-5 (APA, 2013) er et annet eksempel der flashbacks defineres som en form for dissosiasjon, mens ved PTSD-dissosiativ type er det bare depersonalisering/derealiseringssymptomer som anses som dissosiative (O'Neil, 2023). Videre er det også en rekke andre fagfelt, også utenfor klinisk psykologi, som har deltatt i diskusjonen vedrørende konseptualisering av dissosiasjon, noe som kan ha bidratt til økt forvirring (van der Hart & Dorahy, 2023).

Det har også blitt stilt spørsmål ved diagnosens validitet, ettersom prevalensen har endret seg i takt med blant annet endringer i diagnosemanualene (Piper & Merskey, 2004a). I DSM-systemet ble termen «multipel personlighet» innført allerede i tredje utgave som ble utgitt i 1980 (APA, 1980), men hevdes her å være «ekstremt sjelden». I DSM-5 (APA, 2013) har prevalens-tallene endret seg drastisk, og det listes opp konkrete tall på rundt 1,5% og ganske lik kjønnsbalanse, mens ICD-10 (Verdens helseorganisasjon (WHO), 1990), som

godkjennes i 1990, så vidt inkluderer det diagnostiske begrepet. Den tidligere diagnosen multippel personlighetsforstyrrelse er listet under overskriften «andre dissosiative lidelser». I ICD-11 (WHO, 2019) er Dissosiativ identitetslidelse blitt en egen diagnose, noe som taler for at diagnosen i dag er ansett som reliabel. Det ser faktisk ut til at bedre prosedyrer og kartleggingsinstrumenter har gjort at flere klinikere klarer å diagnostisere DID reliabelt. Men på samme måte som at lav reliabilitet ikke automatisk betyr lav validitet, betyr heller ikke høy reliabilitet automatisk at diagnosen er valid. Piper og Merksey (2004a) argumenterer blant annet imot DIDs validitet ved å trekke frem at symptomenes presentasjon har variert mye på tvers av kulturer og historisk kontekst, samt at en liten gruppe klinikere stod bak en stor andel av diagnosene under «DID-epidemien» (Spanos, 1996). Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om det finnes noen absolutte bevis for at noen psykiatriske diagnostiske kategorier er valide i seg selv, da dagens utforming av dem hovedsakelig er fenomenologiske beskrivelser som forsøker å gjøre det enklere å tilby hjelpsom behandling.

Utfordringer rundt konseptualisering av dissosiasjon kan ha en rekke implikasjoner. Blant annet har det implikasjoner på forskningsfeltet (Loewenstein, 2018; van der Hart et al., 2006), eksempelvis ved at forskning på dissosiasjon ikke nødvendigvis forsker på det samme ettersom det ikke finnes en god felles konseptualisering. Dette gjør det blant annet vanskelig å kunne sammenfatte funn på tvers av forskning, og medfører også tilsynelatende mer kritikk av begrepsbruk og definisjoner heller enn forskningsfunn, slik vi har sett tidligere ved den polariserte diskursen. I tillegg har det trolig implikasjoner for det kliniske arbeidet, som utfordringer ved diagnostisering, og dermed også behandling. Ettersom pasienter med DID har et bredt symptombilde, kan også det i seg selv gjøre diagnostisering utfordrende (van der Hart et al., 2006) ettersom det kan være krevende å forstå pasientens problemer på en god og omfattende måte. Dette ser vi eksempelvis ved at Loewenstein (2018) peker på at det tar lang tid før DID-diagnosen settes. Det finnes en rekke faktorer ved den terapeutiske relasjonen

som har betydning for hvor god forståelse terapeuten får av pasienten og pasientens problemer. Faktorer som empatiske evner hos terapeuten, hvor nøyaktig terapeuten forstår pasientens problem, og hvordan terapeuten evner å reflektere rundt dette (Anderson et al., 2009; Tilden & Vrabel, 2021) er sentrale. Slike faktorer kan påvirke hvorvidt pasienter velger å fortelle om egne opplevelser eller vansker, og Farber og Hall (2002) trekker frem at den terapeutiske alliansen har en sterk korrelasjon med hvorvidt pasienter velger å fortelle åpent eller ikke. En god terapeutisk allianse vil derfor tilrettelegge for at pasienten føler seg trygg, samt at terapeuten dermed kan få en god forståelse av pasientens problemer, noe som igjen bidrar til bedre forutsetninger for diagnosestilling og tilpasset behandling. Ikke minst er den terapeutiske alliansen viktig for et godt behandlingsutfall (Tilden & Vrabel, 2021).

Traumatiserte pasienter har trolig økt behov for trygghet og stabilitet (van der Hart et al., 2006) sammenlignet med andre pasientgrupper, og det kan dermed argumenteres for at en god allianse og et godt, tilpasset terapiforløp er særlig viktig i møte med DID-pasienter.

### **I spenningsfeltet mellom dissosiativ amnesi, falske minner og mulige sekundærgevinster ved DID**

I debatten rundt DID-pasientenes opplevelse av dissosiativ amnesi, og hvorvidt det er snakk om falske minner, har enkelte argumentert for at frykten for at kriminelle mennesker lett skal unnsnippe straff har hatt en betydelig plass. Det har gjort seg gjeldende spesielt i Nord Amerika som sett i litteraturen, da Piper og Merskey (2004a; 2004b) argumenterer for hvorfor en slik diagnose, med vekt på dissosiativ amnesi, ikke skal kunne brukes som bevis i retten i USA. Dette er også et poeng som har vært understreket i behandlingsmanualen til ISSTD (2011) der klinikere oppfordres til å utvise ekstra forsiktighet med å sette DID-diagnosen ved mulighet for sekundærgevinster, eller ytre omstendigheter som blant annet en pågående straffesak.

På den ene siden viser forskning og klinisk erfaring at personer som har vært utsatt for tidlige traumer kan ha problemer med å gjenhente disse minnene, og fra traumeperspektivet på DID er antakelsen at disse minnene er avspaltet fra resten av de autobiografiske minnene. Det er likevel ikke bare tilfeller med DID-pasienter der dette har vært problematisk. Også for personer med andre traumelidelser, som PTSD kan det ta mange år før de forteller noen om traumene (London et al., 2008). Dette trenger derimot ikke å handle om en dissosiativ amnesi, men muligens en mer aktiv undertrykkelse som resultat av tvil og frykt for ikke å bli trodd, som er mer i retning av det SCM postulerer. Disse personene kan ha behov for hjelp til å få tilgang til disse minnene, ved at det skapes et åpent rom av tillit og tro på at noen kan ha forvoldt pasienten skade som de ikke selv er skyldig i. På den andre siden vet vi også at falske minner kan produseres. Lynn et al. (2014, s. 899) peker blant annet på hvor tilsynelatende enkelt det er i en kortvarig eksperimentell setting å overbevise noen om at en oppdiktet hendelse har skjedd med dem personlig, og at slike prosesser da helt klart kan oppstå i et terapirom der en tilbringer betydelig lenger tid, samt utvikler en tillitsfull relasjon. Noen forskere peker også på at individuelle trekk kan øke denne risikoen, da en person med høy skåre på tilbøyelighet for fantasi ofte opplever dårligere kilde-monitorering av minner, og dermed kan ha vanskeligere for å skille hvilke tanker som er minner og ikke (Lynn et al., 2012). McNally (2023) trekker også frem denne sammenhengen, og konkluderer med at det ikke finnes mye litteratur som støtter antakelsen om at dissosiativ amnesi er vanlig for traumeminner. På den andre siden har empiriske undersøkelser vist at blant annet frykt for å produsere falske minner hos eksempelvis barn kan bidra til å hemme terapeuters utforskning av barndomstraumer, på tross av sterk mistanke basert på rapporter fra andre (Stige et al., 2022)

I rettslige situasjoner er Piper og Merskey (2004a) tydelige på at det skal være strenge krav for hva som kan aksepteres som bevis, og at enhver påstand i retten bør møtes med en

viss form for skepsis. Dette vil også gjelde for påstander om å ikke ha minner om å ha utført en kriminell handling. Her blir derimot målet om objektive bevis mer utfordrende. Det er vanskelig å bevise sin bevissthetstilstand i gjerningsøyeblikket, selv om det i § 20 i Straffeloven (2020), som omhandler skyldene, trekkes frem blant annet at personer med «sterk bevissthetsforstyrrelse» i gjerningsøyeblikket ikke er strafferettslig ansvarlig. Dette fremstår som et begrep som er diffust, og som kan argumenteres for å omfatte blant annet en person med DID som begår en straffbar handling i en dissosiert tilstand som de heller ikke har minner om etterpå. Dette legitimerer viktigheten av god debatt rundt slike spørsmål for å sørge for gode rammer for å håndtere slike vanskelige tilfeller, da formuleringer i loven som «sterk bevissthetsforstyrrelse» kan tolkes på ulike måter. Vi er ikke kjent med at slike saker har vært debattert i offentligheten i en norsk kontekst, og tenker også at for mye fokus på disse problemstillingene kan trekke oppmerksomhet fra andre aspekter ved debatten som angår flere enn disse antatt få tilfellene av personer som mulig simulerer DID for å unngå straff.

Skepsis i rettslig sammenheng er likevel noe som har implikasjoner for pasientarbeid, og som kan påvirke både pasient og kliniker. For en pasient som forteller om opplevde overgrep kan det være avgjørende at de blir trodd. Ifølge Stige et al. (2022) viser for eksempel noe forskning at reaksjonene fra omgivelsene etter en avsløring av å ha vært offer for overgrep predikerer utfall for mental helse bedre enn karakteristikk ved overgrepene i seg selv. Terapiyrket innebærer også ideelt sett at det utvikles en emosjonell kontakt og relasjon mellom terapeut og pasient, og generelle faktorer som empati og allianse spiller en sentral rolle for at terapi skal virke (Norcross & Lambert, 2018; Watson et al., 2014). Terapeutene har også et eget perspektiv på pasientens liv, og blir ofte preget av pasientens lidelse og symptomtrykk (Stige et al., 2022). I tilfeller der en pasient er involvert i en rettslig prosess etter å ha kommet med anklager om overgrep, kan det emosjonelle båndet mellom pasient og

terapeut gjøre det vanskelig å opptre med den nøytralitet som kreves med tanke på objektive bevis. Dette kan også tenkes å påvirke klinikere som skal opptre som sakkyndige eller gi uttalelser i retten, da de kan ha lettere for å sympatisere med personen som er utsatt for et traume, og Kluft (1993, s. 30) peker særlig på viktigheten av å skille klinikerrollen fra rollen som sakkyndig i slike situasjoner. Det finnes eksempler på klinikere engasjert i «False Memory Syndrome»-debatten som påstår at sakkyndige argumenterer for at undertrykte minner om overgrep er gjenhentet i terapi, og at uttalelser fra sakkyndige generelt blir vektlagt for mye (Hagen, 1997). Noen hevder også at en terapeut ikke kan vurdere om en pasient er utsatt for overgrep eller ikke uten at det finnes objektive bevis, men Pope (1997) argumenterer blant annet for at det å utvikle hypoteser basert på et symptombilde med mye manglende informasjon er en viktig del av klinisk arbeid. Dette peker også Halvorsen et al. (2024) på i sin undersøkelse av helsepersonell i BUP sine rutiner rundt avdekking av seksuelle misbruk av barn, der en sentral begrensning som ble trukket frem var for lite tid til å etablere en trygg relasjon. Rutinene for å spørre om seksuelle overgrep er en del av den tidlige kartleggingen, og flere deltakere pekte på at det rutinemessig bør tematiseres igjen på et senere tidspunkt, ettersom avkrefteende svar på slike spørsmål tidlig i terapiforløpet i større grad kan reflektere at relasjonen er utrygg, enn at barnet ikke har blitt utsatt for slike traumer. Vi tenker at det er sentralt å skille disse diskusjonene fra hva som er relevant og nødvendig i en rettslig sammenheng, og at det som er god klinisk praksis ikke trenger å overføres til hva som er god rettslig praksis.

I saker som omhandler anklager om overgrep mot barn er det ofte sterke følelser involvert, og fallgruven i begge ender vil medføre store negative konsekvenser. På den ene siden kan en pasient med alvorlige dissosiative symptomer, som ved DID, bli verre av å ikke føle seg trodd av systemet og rettsvesenet. På den andre siden vil en feilaktig rettslig dom, eller en uformell dom av offentligheten, kunne være ødeleggende for en potensielt uskyldig.



Den kjente Bjugn-saken i Norge fra 1992 (Kristiansen, 2021) er et eksempel på kompleksiteten rundt potensialet for å skape falske minner i avhør av barn, og hvordan psykologer og andre fagprofesjoner har et stort ansvar for å beholde sin profesjonalitet. Der endte den anklagede barnehagepedagogen med å bli frifunnet etter anklager om blotting og seksuelle overgrep mot mindreårige. Dette kulminerte i at over 40 barn anklaget flere voksne i barnehagen, samt ordføreren, for å ha utført grove seksuelle overgrep. På den andre siden har vi forskning som viser at selv der det finnes videobevis av overgrep mot et barn vil vedkommende i noen tilfeller benekte at det seksuelle overgrepet har skjedd i det hele tatt (Sjöberg & Lindblad, 2002), og 50% av barn som er utsatt for seksuelle overgrep forteller ikke om dette før de er voksne (McElvaney, 2013). Dette er med på å belyse kompleksiteten rundt anklager og påstander om traumatiske hendelser, både med og uten objektive bevis. Som påpekt av London et al. (2005) finnes det ikke objektive bevis i den største andelen av rapporter om seksuelle misbruk av barn, noe som vanskeliggjør å gi reelle tall på hvor vanlig det er, samtidig som det ikke finnes en reliabel liste over symptomer som kan hjelp med å avdekke hvem som har hatt slike traumatiske opplevelser. Sammen med kunnskap om at minner er rekonstruktive (Dodier et al., 2021) utgjør dette en stor utfordring i å avgjøre når en skal behandle slike anklager fra barn som reelle og ikke.

Traumeteoretisk forskning som bruker retrospektiv selvrapporering har også blitt kritisert grunnet en skepsis til rapportering av barndomstraumer uten evidens, samt kunnskapen om falske minner, og det foreslås derfor at longitudinelle studier gir et mer korrekt bilde. Kritikken begrunnes også med at noe forskning har vist at det er en sammenheng mellom dissosiasjon og tilbøyelighet for fantasi (Lynn et al., 2014; 2022). På den andre siden peker andre studier på at det ikke er noen sterk korrelasjon mellom DID og fantasi (Dalenberg et al., 2012), og at disse ikke bør bli mistrodd i større grad enn andre. Det pekes også på at tiden det tar før offeret for seksuelle misbruk rapporterer dette ikke har noen

klar sammenheng med konfabulasjon slik det hevdes av kritikere mot dissosiativ amnesi som en valid tilstand (Loewenstein, 2018).

### **Er DID resultat av dårlige livserfaringer eller dårlige behandlingsforløp?**

Forfattere som uttrykker skepsis til dissosiativ amnesi hos DID pasienter er ofte av den oppfatning at iatrogene faktorer spiller en sentral rolle i utviklingen av DID. En av de mest sentrale kontroversene når det kommer til DID er hvorvidt diagnosen kan være utelukkende et resultat av iatrogenese. Den iatrogene modellen på DID kom som en motreaksjon mot det som ble ansett som utstrakt og ukritisk bruk av «suggestive» (antydende) intervjumetoder brukt av terapeuter med en sterk tro på DID som fenomen, samt at de insisterer på at pasientene måtte ha opplevd grove overgrep i barndommen (Piper & Merskey, 2004a). Dette var til tross for at sentrale klinikere som jobbet med DID-pasienter selv understreket at det var særlig viktig å ikke legge for mye vekt på å foreslå eksistensen av flere personlighetstilstander, da de anerkjente sårbarhet for ytre påvirkninger hos pasientgruppen (ISSTD, 2011). Kluft, som selv jobbet klinisk med DID-pasienter, beskrev blant annet lange intervjuprosedyrer som kunne vare opp mot 8 timer uten pause, for å hindre at pasienten fikk tid til å «samle seg». Dette var for å avsløre personlighetstilstander som ønsket å forbli skjult. Piper og Merskey (2004b) mener dette viser tydelig iatrogen påvirkning og at personlighetstilstandene blir skapt, heller enn oppdaget, av terapeuten.

Begge disse faglige holdningene og perspektivene som er nevnt ovenfor har potensiale for både heldige og uheldige konsekvenser for pasienter. Ved første øyekast høres en slik prosedyre ganske belastende ut, spesielt dersom en ser for seg at pasienten lider av en alvorlig dissosiativ lidelse og har høyt symptomtrykk. Vi tenker også at det er viktig å vurdere hvorvidt egne prosedyrer faktisk kan bidra til å «skape» en opplevelse av å inneha flere personlighetstilstander, da det er vanskelig å kunne vite om de har vært der før terapien da klinikere som jobber med DID-pasienter ofte hevder at symptomene på lidelsen er subtile, og

at pasientene i stor grad tildekker symptomene og plagene sine (ISSTD, 2011; Loewenstein, 2018). Dette er heller ikke uvanlig også for andre lidelser som kan medføre stor grad av en følelse av å være gal eller med frykt for å bli mistrodd, som tidlige faser i utviklingen av en psykoselidelse. Dermed peker disse fagfolkene på at det tar tid å kunne konkret vise til at pasientene har fullt utviklede separate personlighetstilstander, og at det er regelen heller enn unntaket (Kluft, 1993). Skepsisen blir vanligvis størst med de tilfellene som fremstår veldig klare, og pasienten kommer inn i terapi med tydelige symptomer på personlighetstilstander. Det indikerer behov for undersøkelser av om det er et tilfelle av simulering, for eksempel relatert til en underliggende personlighetsforstyrrelse (ISSTD, 2011). Simulering defineres som sterkt overdrevne symptomer eller plager i et forsøk på å tilegne seg belønninger eller goder, som i slike tilfeller kan handle om omsorg, og å bli sett av noen som kan gi hjelp. Lynn et al. (2022, s. 267) understreker dog at de tror simulering begrenser seg hovedsakelig til tilfeller der personen tror de kan slippe unna straff i en strafferettslig prosess.

I tillegg er det vanskelig å vurdere fullt ut om en slik prosedyre kan være skadelig, uten å være til stede og kunne observere hvordan den gjennomføres. Pasienten kan også tenkes å oppleve det som positivt ved at de blir hørt og tatt på alvor, samt på sikt at de opplever at terapeuten er en som endelig forstår hva de strever med. Dette skrives det lite om av skeptikerne som gjengir beskrivelsene av prosedyrer som utad kan virke ekstreme. Ettersom den traumeteoretiske forståelsesmodellen preger det kliniske arbeidet med denne pasientgruppen (ISSTD, 2011), er det nærliggende å anta at dette også medfører at pasienten blir sosialisert inn i en traumeteoretisk forståelse av egen lidelse. Kritikere kan anse dette som en faktor som bidrar til å skape lidelsen. På den andre siden er sosialisering til terapi, og den aktuelle behandlingsrammen normal praksis ved andre diagnoser og behandlingsformer, noe som har positive sider gjennom at psykoedukasjon og normalisering kan oppleves positivt for pasienten.

For klinikere er konsekvensen av debatten, om hvorvidt DID er skapt eller oppdaget, at det kan føre til tvil og usikkerhet. Både det å tvile, men også det å vise en skråsikkerhet, har hver sine fallgruver. Skråsikkerhet kan muligens gi størst risiko for at en diagnostiserer DID der det ikke er tilfellet. Dette er muligens en fallgrube enhver kliniker som spesialiserer seg på ett felt kan falle i, og gjelder naturligvis også andre lidelser. På den andre siden kan tvilen også komme til skade, eksempelvis ved at terapeuten vegrer seg fra å vurdere DID som diagnose grunnet lite kunnskap, eller frykten for å skade pasienten ved å «skape» en opplevelse av indre splittelse. Ser vi på statistikken som nevnt tidligere, med at det i snitt tar 5-12,4 år før «riktig» diagnose settes (Loewenstein, 2018), kan vi anta at det å sette DID-diagnosen er særlig utfordrende av ulike grunner. Diagnostisering er en usikker prosess der klinikere bør unngå skråsikkerhet. Spesielt gjelder dette sammensatte problemstillinger preget av høy komorbiditet og diagnostiske overlapp mellom diagnoser, slik tilfellet er ved DID (Kluft, 1993). Pasientene endrer seg også gjennom livet, og at en diagnose endres på et senere tidspunkt kan også gjenspeile endring i symptomuttrykk eller forverring som gjør lidelsen tydeligere (Kluft, 1993)

Når det kommer til kritikken som ligger bak hypotesen om iatrogenese kan mye av skepsisen tenkes å være knyttet til at forskningen som underbygger korrelasjonen mellom DID og traumer ikke har vært god nok. Vi vet at traumer er en faktor som spiller inn på mange psykiske lidelser, og også at sannsynligvis ikke alle DID-pasienter har opplevd traumer. Dette er blant annet vist gjennom empiri ved at korrelasjonen mellom DID og traumer ikke er 100% (Loewenstein, 2018). Noen traumeteoretikere har svart på dette med resultater som peker på at grove overgrep ikke er nødvendig for å utvikle DID, men at det også kan være snakk om mer subtile traumeerfaringer som neglekt, eller tilknytningstraumer (Gold, 2023). Ser vi til nyere forståelser av andre alvorlige psykiske lidelser, som psykoselidelser og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, vektlegger disse også traumer.

Linehan (1993) foreslår blant annet en biososial forståelse for BPD, der det vurderes å være et resultat av ulike kombinasjoner av sårbarhet i personligheten, og et invaliderende oppvekstmiljø. Implikasjoner av dette er at dersom personen har en medfødt personlighet som innehar visse sårbare trekk, skal det ikke store ytre belastninger til for å utvikle et emosjonelt ustabile trekk. Stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977) er også brukt for å forklare psykoselidelser, og viser til en antakelse om at det er kombinasjonen av medfødt sårbarhet og miljøfaktorer som blant annet livsstress, traumatiske hendelser og rus som avgjør om en person utvikler en psykoselidelse eller ikke (van Os et al., 2010). Slike generelle faktorer, som ser ut til å øke sårbarhet til å utvikle flere alvorlige psykiske lidelser, kan også tenkes å gjelde pasienter med DID, noe Lynn et al. (2012) også peker på i sin kritikk mot vurderingen av DID som en traumelidelse. Spørsmålet som gjenstår er hva som gjør at noen utvikler en personlighetsforstyrrelse, noen en psykoselidelse og andre en alvorlig dissociativ lidelse som DID? I tillegg forklarer ikke den enkle hypotesen som bare involverer traumer som forklaringsfaktor for utvikling av DID hvorfor flertallet av traumatiserte barn ikke utvikler det. Doan og Bryson (1994) peker blant annet på at den mer komplekse hypotesen som i tillegg involverer faktorer som arvelighet og et predisponerende miljø forklarer dette bedre.

Det er viktig å også belyse noen implikasjoner ved å vektlegge iatrogenese for mye i debatten rundt DID. Blant annet vil en antakelse om at DID utelukkende er en iatrogen tilstand også implisere at det ikke er en valid diagnostisk enhet på den måten det er i dag. Som vi har sett har utviklingen gått i retning av å inkludere DID som en selvstendig diagnose, også med antydning om sammenheng med traumer. På tross av denne utviklingen ser vi likevel potensialet for store utfordringer ved å sette «riktig» diagnose tidlig. Også det å motta en såkalt «feil» diagnose som fører til en behandling som ikke er tilpasset pasienten og pasientens problemer, kan å få uheldige og alvorlige konsekvenser for en pasients utsikt til bedring og livskvalitet. Det kan handle om å føle seg misforstått, miste tillit til systemet samt

faktisk ikke oppleve bedring når det kommer til symptomtrykk. Av det som er gjort av forskning på behandling ser det ut til at pasienter med DID (som også har en traumbakgrunn) ikke opplever like god og rask bedring når de mottar tradisjonell traumebehandling sammenlignet med de som får spesifikk behandling rettet mot de dissosiative plagene (Brand et al., 2019). Dette viser betydningen av gode rutiner for utredning og tilpasset behandling for de plagene pasienten har.

### **Styrker og begrensninger**

Denne teoretiske oppgaven har undersøkt hvilke faglige perspektiver som finnes på DID. Vi fant litteratur vi anså som relevant for problemstillingen, som vi har presentert i hoveddelen og deretter diskutert, men ettersom dissosiasjonsfeltet er stort og har en lang historie i litteraturen er det likevel trolig litteratur vi ikke har klart å favne med våre utvalgte søkeord, eller som vi ved feiltakelse har oversett. Selv om vi i denne oppgaven ønsket å få innsikt i hvilke faglige perspektiver som finnes på DID er det et bredt felt med mye litteratur gjennom mange år. Det er derfor sannsynlig at det fortsatt er perspektiver og debatter vi ikke har fått lest oss opp på med den tiden vi hadde. Oversikten over ulike perspektiver på DID som vi har presentert er dermed trolig ikke uttømmende. Blant annet er det aspekter ved diskursen knyttet til DID vi har nevnt tidligere i oppgaven som vi grunnet omfanget på oppgaven ikke har hatt plass til å diskutere. Dette gjelder eksempelvis transe- og besettelsestilstander som (Spanos, 1996) har viet mye plass til i sin sosiokognitive modell for DID. Vi valgte likevel å prioritere andre temaer vi anser som mer dagsaktuelle og sentrale i diskursen.

Videre har ingen av oss verken jobbet med eller møtt personer diagnostisert med DID, og mangelen på en slik erfaring er noe som også kan bidra til å begrense vår forståelse av diagnosen og fenomenet vi har utforsket i denne oppgaven. Likevel har vi begge vært i kontakt med fagpersoner som har personlig erfaring med behandling av DID-pasienter, noe

som har bidratt til vår nysgjerrighet for lidelsen. Dette har også påvirket vår oppfatning om at DID er en valid diagnose, og gjort det vanskelig å skulle se for seg det motsatte.

En annen begrensning vi ønsker å trekke frem er vår bakgrunn, og forståelsen vi hadde allerede før vi begynte å arbeide med oppgaven. Blant annet har vi som profesjonsstudenter ved UiB i hovedsak blitt presentert for et traumeteoretisk rammeverk på dissosiasjon og DID, noe som kan ha påvirket både utvalget og forståelsen av litteraturen. En slik påvirkning har vi trolig også fått gjennom arbeidserfaring, hvor vi blant annet har blitt presentert for en forståelsesmodell, samt fått erfaring med gjennom praksis, at traumehistorikk ofte er til stede hos personer med dissosiative symptomer. Likevel tenker vi at dette også har gitt oss et utgangspunkt for en forståelse for DID og tilknyttet traumeetiologi som trolig har vært nyttig i både vårt engasjement, nysgjerrighet og ønske om å bedre forstå.

Av kjernelitteraturen vår var to av tre bøker skrevet ut fra et traumeperspektiv. Disse to bøkene var også noe av det første vi leste. Vi opplever videre at mye av litteraturen på feltet er skrevet fra et traumeteoretisk perspektiv. Dette tenker vi har vært nyttig for forståelsen av traumeperspektivet, men også at det har vært med på å forme vår forståelse av dissosiasjon og DID. I tillegg har teoriene og perspektivene vi har inkludert hatt en tydelig skjevhet mot nordamerikanske tidsskrift og teoretikere, som er enda en faktor som har påvirket vår forståelse. Det empiriske grunnlaget har til en viss grad innslag fra resten av verden, for eksempel Spanos argumenter for kulturell påvirkning på hvordan DID uttrykker seg på tvers av landegrenser og tid (Spanos, 1996, s. 169). Basert på litteraturen vi har lest har også kontroversene og debattene som har eksistert omkring falske minner i høy grad hatt sitt episenter i USA.

Vi opplever videre at noen av teoriene i liten grad har referert til evidensen de bygger på, eller at det er lite evidens knyttet til noen teorier. Dette har gjort at vi har opplevd det utfordrende å vurdere både teoriene og evidensen som underbygger dem. Samtidig har vi

reflektert over hvorvidt teorier må ha empirisk støtte for å ha verdi. En teori er ofte utledet gjennom å teste hypoteser, såkalt induktivt, gjennom å samle empiri om observerbare fenomener (Tranøy, 2019). Denne metoden brukes for å finne ut mer om fenomener vi vet lite om, som var tilfellet tidlig på dissosiasjonsfeltet. Senere har vi sett at en del forskere har tatt utgangspunkt i for eksempel Janet sin tidlige teori for så å teste hypotesene sine, noe som på en side kan gjøre de blind for det teorien muligens ikke har inkludert. Dette forsøkes delvis å løses gjennom å bruke nevrobiologiske metoder, men også her må resultatene tolkes subjektivt. I psykologien blir en rekke fenomener forklart ut fra rammeverk som vi tilsynelatende ikke kan forstå eller forklare med en absolutthet, ofte nettopp fordi det er snakk om psykologiske, menneskelige fenomener preget av kompleks fenomenologi, slik som ved DID. Det opplevelsesnære er relevant, og manglende empiri til støtte for forklaringsmodeller og teorier for et fenomen vil ikke kunne avvise eksistensen av et fenomen. DID er dermed et fenomen det er vanskelig å forstå seg på fra utsiden, da det har blitt observert og forsket på i så lang tid.

Vi har også tidvis kjent på at den emosjonelle valøren og ladede argumentasjonen fra begge sider har gjort det forvirrende å lese, samt at forfatterne tidvis har fremstått lite observant vedrørende egen partiskhet i diskusjonen, og det har gjort det utfordrende å navigere i evidensen og argumentene. I tillegg kan vår oppfatning og forståelse ha blitt preget av forfatternes tidvise emosjonelle argumentering. I de delene av litteratur vi fant som kom fra andre fagfelt, eksempelvis emosjonsteori (Altrocci, 1998), bar argumentasjonen preg av å inkludere traumeetiologien mens de samtidig understreket viktigheten av å anerkjenne sosiale og kulturelle påvirkninger, og vi kan undre oss om det kan handle om en større emosjonell distanse til kontroversene på fagfeltet. Gjennom denne prosessen opplever vi både å ha fått en større forståelse for hvorfor dissosiasjonsfeltet er komplekst, samtidig som at det er utfordrende å få en klarhet i hva DID faktisk handler om eller hvordan det faktisk skal forstås.



## Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å redegjøre for bredden av perspektiver som eksisterer i dag for å forstå den dissosiative lidelsen DID. Da dissosiasjonsfeltet er preget av mange definisjoner og manglende konsensus om hva dissosiative fenomener er og hvordan de best kan forstås, var det nødvendig for oss å inkludere den historiske utviklingen for å bedre forstå dagens diskurs. DID er den dissosiative lidelsen som har vært mest diskutert, og som fremdeles i dag beskrives som en kontroversiell diagnose. Gjennom redegjørelsen av faglige perspektiv på feltet, samt diskusjonen vedrørende kritikk og kontroverser, har vi opplevd både større klarhet i hvorfor det er et vanskelig fagfelt å navigere i, men også en vedvarende usikkerhet rundt hva DID egentlig er. Grunnet det polariserte fagfeltet som har ført til utfordringer med konseptualisering, samt de ulike forskningsfunnene som støtter opp under ulike perspektiver eller kan forstås på ulike måter, bygger dette opp under usikkerheten rundt forståelsen av hva DID er. I tillegg er debatten rundt falske minner og hvorvidt lidelsen kan forstås ut fra en iatrogen forklaring, eller traumerelatert forklaring, med på å bygge opp under denne usikkerheten. Diskusjonen har også en rekke ulike implikasjoner, både klinisk og forskningsmessig. Vi har eksempelvis sett at skepsis mot eksistensen av et fenomen kan ha viktige implikasjoner for terapeutisk allianse, diagnostisering og dermed behandlingsutfall. Likevel har vi opplevd diskusjonene svært interessante og lærerike. Videre tenker vi at det er nyttig med økt fokus på disse utfordringene, og mer kunnskap om empirien på DID, da også med vekt på hva kontroversene er og ikke er, samt mer kunnskap om hva empirien sier i dag.

## Referanser

Aksen, D. E., Polizzi, C. & Lynn, S. J. (2020). Correlates and mediators of dissociation:

Towards a transtheoretical perspective. *Imagination, Cognition and Personality*, 40, 372-392. <https://doi.org/10.1177/0276236620956284>

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. John Wiley & Sons.
- Altrocci, J. (1998). Evidence for theories of emotion from dissociative identity disorders. I W. F. Flack Jr. & J. D. Laird (Red.), *Emotions in psychopathology: Theory and research*. (s. 407-416). Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. utg.).
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7. utg.). American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2023). self-system. I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 6. Mai fra <https://dictionary.apa.org/>
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget.
- Anderson, T., Ogles, M. B., Patterson, L. C., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Atchison, M. & McFarlane, A. C. (1994). A review of dissociation and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(4), 591-599. <https://doi.org/10.1080/00048679409080782>
- Becker, H. S. (1993). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press Glencoe.

- Beere, D. B. (2023). The perceptual theory of dissociation. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 297-313). Routledge.
- Braffman, W. & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 578-587.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.3.578>
- Brand, B. L. & Brown, D. J. (2016). An update on research about the validity, assessment, and treatment of DID. I *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W. & Zaveri, P. (2019). A review of dissociative treatment studies. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(9), 646-654.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>
- Braude, S. E. (2023). The conceptual unity of dissociation. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 39-49). Routledge.
- Brenner, I. (2001). *Dissociation of trauma: Theory, phenomenology, and technique*. International Universities Press, Inc.
- Cardeña, E., Schaffler, Y. & van Duijl, M. (2023). The other in the self. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 421-432). Routledge.
- Cochrane, R. (1983). *The social creation of mental illness*. Longman Group Limited.
- Colman, A. M. (2009). *Oxford dictionary of psychology*. (3. utg.). Oxford University Press
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence of the

- trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(2), 550-588.  
<https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Dalenberg, C. J., Katz, R. R., Thompson, K. J. & Paulson, K. (2023). The case of the study of «normal» dissociation processes. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 81-92). Routledge.
- Dell, P. F. (2023). Clarifying the etiology of the dissociative disorders: It's not all about trauma. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the Dissociative Disorders* (2. utg., s. 238-260). Routledge.
- Doan, B. D. & Bryson, S. E. (1994). Etiological and maintaining factors in multiple personality disorder: A critical review. I R. M. Klein & B. K. Doane (Red.), *Psychological concepts and dissociative disorders* (s. 51-84). Lawrence Erlbaum Associates.
- Dodier, O., Otgaar, H. & Lynn, S. J. (2021). A critical analysis of myths about dissociative identity disorder. *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique*, 180(9), 855-861. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.007>
- Dorahy, M. J., Gold, S. N. & O'Neil, J. A. (2023). *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg.). Routledge.
- Dorahy, M. J. & Huntjens, R. J. C. (2007). Memory and attentional processes in dissociative identity disorder: A review of the empirical literature. I E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Red.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (s. 55-75). American Psychiatric Association.
- Duffy, C. (2000). *Prevalence of undiagnosed dissociative disorders in an inpatient setting* (Doktoravhandling). Hentet fra <https://www.proquest.com/docview/304630193?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>

Eggen, I. (2013). *Fra traumer til vonde minner: Om dissosiasjon og integrering*.

Universitetsforlaget.

False Memory Syndrome Foundation. (2006). Hentet 7. mars 2024 fra

<https://www.fmsfonline.org/index.php>

Farber, B. A. & Hall, D. (2002). Disclosure to therapists: What is and is not discussed in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 359-370.

<https://doi.org/10.1002/jclp.1148>

Frewen, P., Wang, S. & Lanius, R. A. (2023). The four-dimensional (4-D) model as a framework for understanding trauma-related dissociation. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 327-340). Routledge.

Gold, S. N. (2023). Contextual dissociation theory: The dual impact of trauma and developmental deprivation. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 314-326). Routledge.

Hagen, M. A. (1997). *Whores of the court: The fraud of psychiatric testimony and the rape of American justice*. HarperCollins Publishers.

Halvorsen, M. S., Stige, S. H., Halvorsen, J. E., Binder, P.-E., Måkestad, E., Albaek, A. U. & Andersen, A. C. (2024). Detecting child sexual abuse in child and adolescent psychiatry: A survey study of healthcare professionals' assessment practice. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(16).

<https://doi.org/10.1186/s13033-024-00632-y>

Hem, E. (2023, 14. desember). komorbiditet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/komorbiditet>

- 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. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Jakobsen, M. (2006). Kroppen husker. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg* (s. 43-59). Universitetsforlaget.
- Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H. & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 6, 142-151. <https://doi.org/10.1037/a0031646>
- Kierulf, P. & Malt, U. (2020, 19. mai). Dissosiasjon. I E. Hem (Red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/dissosiasjon>
- Kluft, R. P. (1993). Multiple personality disorder. I D. Spiegel (Red.), *Dissociative disorders: A clinical review* (s. 17-44). The Sidran Press.
- Korzekwa, M. I. & Dell, P. F. (2023). Is dissociation an integral aspect of borderline personality disorder, or is it a comorbid disorder? I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 494-512). Routledge.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L. & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 380-386. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>
- Kristiansen, S. (2021, 3. november). Bjugn-Saken. I S. Kristiansen (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/Bjugn-saken>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Loewenstein, R. J. (2007). Dissociative identity disorder: Issues in the iatrogenesis controversy. I E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Red.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (s. 275-299). American Psychiatric Publishing, Inc.

Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>

Loewenstein, R. J. & Putnam, F. W. (2023). Discrete behavioral states theory. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 281-296). Routledge.

London, K., Bruck, M., Ceci, S. J. & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194-226. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.1.194>

London, K., Bruck, M., Wright, D. B. & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09658210701725732>

Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M. & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140(3), 896-910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>

Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T. & van der Kloet, D. (2012). Dissociation and dissociative disorders: Challenging conventional wisdom. *Current*

*Directions in Psychological Science*, 21(1), 48-53.

<https://doi.org/10.1177/0963721411429457>

Lynn, S. J., Polizzi, C., Merckelbach, H., Chiu, C. D., Maxwell, R., van Heugten, D. & Lillienfeld, S. O. (2022). Dissociation and dissociative disorders reconsidered: Beyond sociocognitive and trauma models toward a transtheoretical framework. *Annual review of clinical psychology*, 18, 259-289.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424>

McElvaney, R. (2013). Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Review*, 24(3), 159-169. <https://doi.org/10.1002/car.2280>

McNally, R. J. (2023). The return of repression? Evidence from cognitive psychology. *Topics in Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1111/tops.12638>

Middleton, W. (2023). Beyond death: Enduring incest. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present future* (2. utg., s. 223-237). Routledge.

Mitchell, S. A. & Black, M. J. (2016). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. Basic Books.

Naustvik, A. (2021). Dissosiativ identitetslidelse fra innsiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 666-671.

Nijenhuis, E. R. S. & den Boer, J. A. (2007). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. I E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Red.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (s. 219-238). American Psychiatric Publishing, Inc.

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten (T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen, Overs.). I T.



- Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (s. 73-88). Universitetsforlaget.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- O'Neil, J. A. (2023). Dissociation in the ICDs and DSMs. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 354-374). Routledge.
- Paetzold, R. L., Rholes, W. S. & Andrus, J. L. (2017). A Bayesian analysis of the link between adult disorganized attachment and dissociative symptoms. *Personality and Individual Differences*, 107, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.031>
- Piper, A. & Merskey, H. (2004a). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 592-600. <https://doi.org/10.1177/070674370404900904>
- Piper, A. & Merskey, H. (2004b). The persistence of folly: A Critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 678-683. <https://doi.org/10.1177/070674370404901005>
- Pope, K. S. (1997). Science as careful questioning: Are claims of a false memory syndrome epidemic based on empirical evidence? *American Psychologist*, 52, 997-1006.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative phenomena. I D. Spiegel (Red.), *Dissociative disorders: A clinical review* (s. 1-16). The Sidran Press.
- Rainville, P. & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 105-129.

- Ross, C. A. (2009). Errors of logic and scholarship concerning dissociative identity disorder. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*(2), 221-231.
- Sjöberg, R. L. & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *The American Journal of Psychiatry, 159*(2), 312-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.312>
- Spanos, N. P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10216-000>
- Spiegel, D. (1993). Dissociation and trauma. I D. Spiegel (Red.), *Dissociative disorders: A clinical review*. The Sidran Press.
- Steele, K., Dorahy, M. J. & van der Hart, O. (2023). Dissociation versus alterations in consciousness. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 66-80). Routledge.
- Stern, D. B. (2023). Dissociation and unformulated experience. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future* (2. utg., s. 341-351). Routledge.
- Stige, S. H., Andersen, A. C., Halvorsen, J. E., Halvorsen, M. S., Binder, P.-E., Måkestad, E. & Albæk, A. U. (2022). Possible paths to increase detection of child sexual abuse in child and adolescent psychiatry: a meta-synthesis of survivors' and health professionals' experiences of addressing child sexual abuse. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 17*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2103934>
- Straffeloven. (2020). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Tilden, T. & Vrabel, K. A. (2021). Fellesfaktorer i psykoterapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 89-103). Fagbokforlaget.

- Urnes, Ø. (2018). Tilknytning, nevrobiologi, mentalisering og risiko for psykopatologi. I *Den interaktive hjernen hos barn og unge: forståelse og tiltak ved nevrouviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander*. Gyldendal Akademisk.
- van der Hart, O. & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation*, 10(3), 157-165.
- van der Hart, O. & Dorahy, M. J. (2023). History of the Concept of Dissociation. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future*. (2. utg., s. 13-38). Routledge.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- van der Hart, O. & Steele, K. (2023). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. I M. J. Dorahy, S. N. Gold & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2. utg., s. 263-280). Routledge.
- van der Kloet, D. v., Huntjens, R., Giesbrecht, T. & Merckelbach, H. (2014). Self-reported sleep disturbances in patients with dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder and how they relate to cognitive failures and fantasy proneness. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00019>
- van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Verdens helseorganisasjon. (1990). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Vermetten, E., Dorahy, M. J. & Spiegel, D. (Red.). (2007). *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Watson, J. C., Steckley, P. L. & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems*. (11. utg.). <https://doi.org/https://icd.who.int/>

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>