

# Bevissthet og selv-bevissthet i dissosiative deler av personligheten - konsekvenser for behandling

Av Ellert R.S. Nijenhuis, Ph.D.

Oversatt til norsk av Tone M. Anderssen og Trine Anstorp

Ifølge teorien om strukturell dissosiasjon er personligheten til mennesker med dissosiative lidelser splittet i to eller flere ulike deler (Van der Hart, Nijenhuis og Steele 2006). De dissosiative delene kan kort defineres som utilstrekkelig integrerte subsystemer ved personligheten, og omfatter organiserte sett av mentale og atferdsmessige handlinger. Som én dissosiativ del vil f.eks. pasienten være opptatt med å vise omsorg for barna, mens hun som en annen dissosiativ del fokuserer på å forsvare kroppen sin mot reell fare - eller mer typisk mot en fare som hun *oppfatter* som reell.

Mange symptomer hos pasienter med dissosiative lidelser kan forstås som mentale og/eller atferdsmessige handlinger som hører til ulike dissosiative deler (se f.eks. Nijenhuis 2009; Van der Hart et al. 2006). Noen av disse handlingene vil være maladaptive. Fysisk forsvar, som f.eks. flukt ("flight"), kamp ("fight"), frys ("freeze") eller total underkastelse ("total submission"), kan typisk ha å gjøre med noe personen *oppfatter* som trussel, uten at det i dag *er* en reell trussel. Slike maladaptive handlinger vil ofte bli reaktivert av signaler som minner pasienten (i en spesiell dissosiativ del) om tidligere traumatiserende hendelser. Selv om de fysiske forsvarshandlingene kan ha vært adekvate ved den opprinnelige traumatiseringen, kan det å engasjere seg i fysiske forsvarshandlinger som respons på noe som i dag bare *minner om* de samme hendelsene, være fullstendig upassende. En pasient kan for eksempel gjemme seg livredd under dyna når hun (som en dissosiativ del) hører ektemannens skritt i trappen om kvelden. Som denne delen tror hun at en overgriper som misbrukte henne som barn, nå nærmer seg henne igjen.

Med noen få unntak (Nijenhuis 2009) kan vi si at dissosiative deler er både bevisste og selv-bevisste. Bevissthet og selv-bevissthet er ikke bare noe som er gitt en, men er fenomener som kommer av ("depend on") de konkrete handlinger som skjer. På samme måte som ellers er dissosiative deler bevisste og selv-bevisste når de konstruerer en verden og et selv. Å være bevisst en verden rundt (dvs. bevisst virkeligheten rundt seg) betyr å konstruere en verden rundt seg, og å være bevisst seg selv betyr å konstruere et selv. Disse konstruksjonene refereres til som hhv. fenomenologiske oppfatninger av verden ("phenomenal world-models") og fenomenologiske selv-modeller ("phenomenal self-models") (Metzinger 2003).

Når en person, eller rettere sagt dissosiative deler av personen, forbinder disse to fenomenologiske modellene, skapes et første-persons perspektiv. En dissosiativ barnedels aktuelle første-persons perspektiv kan f.eks. være: "Jeg er seks år (fenomenologisk selv-modell, eller enklere sagt: selv-oppfatning) og hører faren min komme opp trappen. Nå kommer han snart inn på soverommet mitt for å banke meg opp (fenomenologisk oppfatning av verden/virkeligheten rundt-modell)." Men som en dissosiativ del som engasjerer seg i dagliglivets funksjoner, har den samme personen/ kvinnen kanskje et helt annet første-persons perspektiv: "Jeg er en førti år gammel hustru og mor (fenomenologisk selv-modell) som hadde en kjærlig og nå avdød far. Det er kveld, og mannen min gikk nettopp ned for å lete etter brillene sine. Nå hører jeg at han er på vei opp trappen igjen" (fenomenologisk oppfatning av verden rundt-modell). Disse ulike dissosiative delene kan aktiveres parallelt, eller de følger etter hverandre.

Forståelsen av at dissosiative symptomer ofte dreier seg om handlinger utført av dissosiative deler, og at de dissosiative delene er både bevisste og selv-bevisste, er svært nyttig i det kliniske arbeidet. Jeg vil illustrere dette med å beskrive behandlingen av en kvinne som i mer enn 30 år hadde vært plaget av hyppige krampelignende anfall.

## Et case med dissociative kramper (psykogene anfall)

Når man arbeider ut fra teorien om strukturell dissosiasjon, vil man som terapeut gå ut fra at det aktuelle dissociative symptomet (eller symptomene) innebærer en handling, og at både terapeuten og den dissociative delen som søker hjelp, i prinsippet kan kommunisere med den dissociative delen som forårsaker (dvs har forbindelse til) symptomet. Teorien omfatter også forståelsen av at dissociative deler utøver en funksjon. Således vil terapeuten som benytter teorien om strukturell dissosiasjon, også kunne anta at den dissociative delen som forårsaker symptomet, vil engasjere seg i den handlingen eller de sett av handlinger som *av noen helt spesielle gode grunner* utgjør kjernen i symptomet.

Martha (pseudonym), en gift 36 år gammel kvinne, ble henvist til Traumesenteret på grunn av hyppige krampelignende anfall. Flere leger som hadde observert anfallene, hadde i utgangspunktet mistenkt temporallapp-epilepsi og ikke dissociativ lidelse, blant annet fordi anfallene av og til medførte inkontinens, tungebiting og skumming fra munnen, og fordi hun responderte positivt på medikamenter (rivotril; deparkin). Man kunne imidlertid ikke fastslå med EEG at hun hadde epilepsi, og den medikamentelle effekten var dessuten kortvarig. De antok derfor at de epilepsilignende anfallene var del av en konversjonslidelse, mer presist beskrevet i ICD-10 (WHO 1992) som dissociative motoriske forstyrrelser og sanseutfall. Til tross for at diagnosen utelukket somatisk årsak, vedvarte den diagnostiske usikkerheten. Henvisningen til Traumesenteret ble begrunnet med at Martha hadde beskrevet både kronisk emosjonell forsømmelse og fysisk mishandling av foreldrene fra tidlig barndom av.

Martha hadde også hyppige anfall mens hun var på vårt senter. De oppsto ofte mot slutten av timen, med psykiater og psykiatrisk sykepleier tilstede, eller når hun skulle forlate bygningen. Anfallene hadde begynt allerede i tidlig barndom. De varierte i styrke, men hadde aldri vært helt fraværende over lengre tid. Martha var blitt undersøkt av en rekke leger, men fikk ingen medisinsk behandling før hun var 34 år gammel. Hun satt stor pris på den sosialpsykiatriske behandlingen som fokuserte på å øke hennes daglige funksjonsnivå, - samtidig som det også ble snakket om barndommen, den vedvarende emosjonelle omsorgssvikten og mishandlingen. Ettersom anfallene fortsatte som før, bestemte senteret imidlertid å tilby henne psykoterapi basert på teorien om strukturell dissosiasjon – fordi slik behandling hadde vist seg å være vellykket i lignende tilfeller.

**Behandlingstime 1:** I tråd med Ericsonianske behandlingsprinsipper (Haley 1967) og innen rammen av faseorientert traumebehandling, var min første strategi å *identifisere* (eller spore opp og følge - ”pace”) Marthas første-persons perspektiv – hvordan hun oppfattet seg selv og omverdenen. Vi ble enige om at anfallene utgjorde et forferdelig og skamfullt symptom, at symptomet fullt og helt lå utenfor hennes vanlige kontroll, at det gjorde henne usikker spesielt fordi anfallene kunne dukke opp når som helst og hvor som helst, og at dette også var plagsomt for mannen hennes. Vi fastslo også at hun selv ikke ante hva symptomet handlet om; - at det kunne være somatisk, psykogent eller begge deler, og at hun så langt i behandlingen hadde samarbeidet fullt ut for å forsøke å overvinne sin lidelse.

Etter å ha oppnådd enighet om hvordan hun forsto seg selv, sitt problem og sin grunnleggende situasjon, var det tid for litt *styring* (”leading”). Jeg forklarte at dersom symptomet var somatisk, var det ingenting jeg som psykoterapeut kunne gjøre for henne – noe som var trist, men sant. Men hvis anfallene var enten delvis eller totalt psykogene, kunne vi kanskje sammen få til å gjøre noe med problemet.

“Hvordan?” spurte Martha. “Vel” svarte jeg, og fortsatte. “Dersom symptomet er psykogent, er det en psykologisk årsak til det. Men fordi jeg ikke tror at du har masochistiske tendenser, må den grunnen være en svært god og viktig grunn – spesielt fordi symptomet er så vedvarende.”

Så antydet jeg at psykologiske symptomer vanligvis har en slags struktur. Da Martha ikke umiddelbart forsto hva det betydde, sa jeg at en analogi kanskje kunne være klargjørende. Så jeg spurte henne: “Hender det at du drømmer om natten?”

“Ja, selvfølgelig gjør jeg det”.

“Og har drømmene dine i hvert fall noen ganger en slags handling, en historie?”

“Noen ganger.”

“Fint. Er det du selv, for å si det sånn, som *lager* den drømmen, eller den historien?”

“Nei, jeg tror ikke det.”

“Men da må vi spørre: *Hvem lager* den drømmen?”

“Jeg vet ikke,” sa Martha og lo.

“Det må jo være noe inne i deg, da – eller tror du at du er hjemsoekt av et gjenferd eller noe?”

“Nei, jeg tror ikke det er noe gjenferd.”

“Kan jeg da kanskje si at det er noe inne i deg, som av en eller annen svært viktig grunn som vi ikke helt forstår ennå, på en måte *gir deg* disse anfallene?”

“Kanskje, men hvordan skal jeg kunne vite det?”

“Å ha en god grunn og gode intensjoner betyr at dette ”noe inne i deg”, som er kjernen i (”at the heart of”) anfallene, kan bevege kroppen din og påvirke bevisstheten din på en svært kraftfull måte. Her og nå skal vi be om noe mye mindre av dette ”noe inne i deg”. Alt vi trenger er bare en liten bevegelse i fingrene dine”.

“Hvordan da?”

“Det er ikke så komplisert. Vennligst legg hendene dine på lårene og spør, sammen med meg, om det er noe inne i deg som av en veldig god grunn har fortsatt med å gi deg anfallene. Hvis det er noe slikt ”inne i deg” ber vi det om å løfte på en finger. Hvis det ikke finnes noe slikt ”der inne” vil selvsagt heller ikke noe skje.”

Den høyre fingeren løftet seg. Deretter ba vi om signaler på ”nei” og ”stopp”. Ved hjelp av disse ideomotoriske signalene (Cheek & LeCron 1968) og noen flere spørsmål, oppdaget vi eksistensen av en ung jentedel der inne som følte seg fullstendig forlatt av den voksne Martha. Den ”lille jenta” som voksne Martha kalte henne, var fastlåst i flere traumatiske minner om emosjonell omsorgssvikt og mishandling, i tillegg til alvorlig og langvarig fysisk vold. Den ”lille jenta” ønsket å dele disse fryktelige erfaringene med den voksne Martha. Anfallene representerte i bunn og grunn en form for gjenspilling av de traumatiske erfaringene. Det kom også tydelig frem at den lille jentdelen ikke stolte på Martha og var sint på henne, fordi den voksne Martha hadde ignorert henne over så lang tid.

Da jeg stilte spørsmål til barnedelen på innsiden, forsøkte jeg å unngå å nærme meg traumer eller trekk ved den dissosiative delen (utover det som er beskrevet ovenfor), det vil si at jeg unngikk å gå inn på komponenter vedr hennes fenomenologiske selv-modell og oppfatning av verden. Jeg spurte i stedet ”den der inne”: ”Har du en konkret alder?”

“Ja.”

“Er du like gammel som Martha?”

“Nei.”

“Er du eldre enn henne?”

“Nei”.

“Er du littegrann yngre?”

“Nei”

“Er du yngre enn 30 år?”

“Ja.”

(Og så videre). Og:

”Har anfallene sammenheng med noe hyggelig?”

”Nei.”

”Med noe uviktig?”

”Nei.”

”Handler de om noe som ikke er hyggelig?”

”Ja.”

”Handler de om noe sånt som storm eller torden og lyn?”

”Nei.”

(Og så videre.)

I behandlingstimen ba jeg den barnedelen som var fastlåst i traumatiske minner (dvs den emosjonelle del av personligheten - EP), om å knytte høyre hånd hardt sammen, i stedet for bare å fremkalle anfall. Det skulle minne Martha som *den tilsynelatende normale delen av personligheten* (ANP), om at den ”lille jenta”, dvs *den emosjonelle del av personligheten* (EP) var lei seg og sint, og at ANP skulle dele hennes (EP’s) opplevelser i stedet for å prøve å glemme henne (les en detaljert beskrivelse av ANP og EP og deres funksjoner hos Steele, Van der Hart og Nijenhuis 2005; Van der Hart et al. 2006). Da Martha fikk et anfall midt i timen og ett til ved avslutningen, ”snakket jeg gjennom” til EP. Jeg ba henne (dvs EP – den lille jentedelen) bruke sin høyre knyttneve, hvilket hun gjorde - og som så ut til å begrense varigheten av anfallet til bare et par minutter.

**Behandlingstime 2:** Ved starten av timen spurte jeg om EP var fornøyd med at ANP unngikk henne i mindre grad enn før (ja), om hun ville like å uttrykke seg mer (ja), og om hun kunne klare å tegne (ja). EP tegnet umiddelbart en traumatisk scene. Jeg spurte om hun kanskje også var i stand til å skrive (ja). ANP på sin side opplevde bevegelsene ved skrivingen, men følte ikke at det var hun selv som styrte disse bevegelsene. Hun ble ganske overrasket over å se at EP delte traumatiske minner med henne, og at hun hadde håndskriften til en skolejente. Gråtende fortalte ANP at hun visste om noen av disse hendelsene – men ikke alle – og at hun hadde brukt alle krefter på å forsøke å unngå de grusomme minnene. Som ANP sa Martha at hun følte seg skamfull og lei seg for at hun, slik hun uttrykte det, hadde latt ”den lille jenta” i stikken. Jeg ba ANP sjekke på innsiden hvor EP helt subjektivt befant seg, dvs hva hennes (EP’s) nåværende første-persons perspektiv var. ANP fant EP i foreldrenes hus, mens ”den lille jenta” ble fysisk mishandlet. Jeg foreslo om Martha som ANP ønsket å få den lille jentedelen sin ut av den situasjonen, og å trøste henne. ANP klarte å gjøre det, og delte EP’s tårer. (Eksempel på begynnende integrering). Ved slutten av timen foreslo jeg at EP kanskje ønsket å bytte ut anfallene, ved i stedet å ”dele tårene sine med ANP”.

**Behandlingstime 3:** ANP fortalte at hun følte seg mye bedre, nesten lett til sinns. Det var svært vanskelig å dele EP’s emosjonelle smerte, men det ga henne også et nytt perspektiv. Endelig var det noe hun kunne gjøre med sin utmattende lidelse, og det følte godt å trøste den ”lille jenta”. I denne timen inviterte jeg ANP til å samhandle verbalt med EP, noe begge delene håndterte godt. ANP var litt skuffet over at EP ennå ikke stolte på henne. Som EP var Martha ganske engstelig for at ANP ville overgi henne igjen. Da de ble bedt om å dele et annet traumatisk minne med hverandre (EP sa at hun hadde mange traumatiske minner å dele), gikk ANP og EP sammen om å huske det som var skjedd (”synthesized”) (Van der Hart et al. 2006) - hvordan faren til Martha hadde forsøkt å kvele Martha med en pute. Hun hadde mistet bevisstheten, men overlevde. Litt senere i timen foreslo jeg at EP skulle fortsette å dele tårene sine med ANP også når de dro hjem, i stedet for å påføre ANP flere anfall. Dette ville minne ANP om at EP trengte hennes anerkjennelse og støtte. Forslaget virket: For første gang

forlot Martha behandlingstimen og Traumesenteret uten anfall. Som ANP fortalte Martha senere at hun gjennom hele uken hadde hatt hyppige gråtetokter som nesten ikke var til å stoppe.

**Behandlingstime 4 og senere:** I denne sammenheng er det tilstrekkelig å nevne at ANP og EP i de neste terapitimene både sammenkoblet og erkjente ("synthesized and realized") (Van der Hart et al. 2006) flere traumatiske minner, - dvs. flere mentale og atferdsmessige handlinger som EP hadde vært fastlåst i, og som ANP tidligere hadde gjort alt for å unngå. Ved femte behandlingstime var krampeanfallet redusert til ca. ett per uke, og både intensitet og varighet var sterkt redusert. Etter enda fire timer til var anfallet borte, med unntak av et anfall ved slutten av en time der EP opplevde at ANP fremdeles neglisjerte noen av hennes traume-relaterte følelser. (Marthas behandling pågår fortsatt).

## Diskusjon

Marthas eksempel viser at selv enkle dissociative lidelser – i hennes tilfelle en enkel somatoform dissociativ lidelse – kan involvere selv-bevisste dissociative deler som har årsakssammenheng med de dissociative symptomene som presenteres. Det er klinisk belegg for å kunne hevde at i disse tilfellene er en slik organisering av personligheten regelen mer enn unntaket. Og fordi hver del på denne måten har sin egen fragmenterte oppfatning om seg selv og om den virkeligheten den lever i, må terapeuten klare å komme i kontakt med disse enkeltdelene for å kunne arbeide med de ulike oppfatninger som finnes i pasienten om "seg selv" og om virkeligheten rundt. Dersom man ignorerer tilstedeværelsen av EP-er i enkle dissociative lidelser, kan resultatet bli ineffektive behandlingsstrategier. En annen pasient med dissociative anfall fikk f.eks. psykoterapeutisk behandling i mer enn 300 timer uten noen symptomendring, men ble kvitt anfallet i løpet av fem timer når de EP-ene man tidligere ikke hadde oppdaget, ble inkludert i behandlingen.

## REFERANSER

- Cheek, D. B. & Le Cron, L. M. (1968): Clinical hypnotherapy. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (Ed.)(1967). Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton Erickson, M.D. New York: Grune & Stratton.
- Metzinger, T. (2003). Being no one: The self-model theory of subjectivity. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2009). Consciousness and self-consciousness in dissociative disorders. In V. Sinason (red.), Trauma and dissociation: Conceptual, clinical, and theoretical issues, London: Routledge. Under trykking.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. Journal of Trauma and Dissociation, 6, 11-53.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co.

- World Health Organisation (1992). *ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.