

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

UT AV DET TAUSE ROMMET

DEL I

MØTER MED BARN SOM HAR VÆRT UTSATT FOR SEKSUELLE OVERGREP

Redaktører Nils Eide-Midtsand og Ruth Toverud

DEL II

MØTER MED VOKSNE SOM HAR VÆRT UTSATT FOR SEKSUELLE OVERGREP

Redaktører Eva Dalsgaard Axelsen og Haldis Hjort

SUPPLEMENT NR 1 • UTGITT AV NORSK PSYKOLOGFORENING • VOL. 34



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING
JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Storgata 10 A, 0155 Oslo. Telefon 23 10 31 30. Telefaks 22 42 42 92
Mandag - fredag kl 09.00 - 15.00. Postgiro 0808 22 82085. Bankgiro 1609 04 27176

Sjefredaktør Torkil Berge

Redaktører Eva Dalsgaard Axelsen
Geir Høstmark Nielsen
Inger Hilde Nordhus
Reidar Ommundsen

Sekretær Toril Dyrhovd

Til bidragsyterne

Bidrag sendes sjefredaktør Torkil Berge i tre eksemplarer. Se retningslinjer i januar- og julinummeret. Alle manuskripter skal følge retningslinjene.

Abonnement

Medlemskap i Norsk Psykologforening inkluderer abonnement på Tidsskriftet. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen kr 516 per år, studentabonnement kr 340 inkludert innenlands porto.

Annonser

Formater: 1/1 side: 152 x 231 mm, 1/2 side: 152 x 114/74 x 231, 1/4 side 74 x 114. Priser: stillingsannonser: 1/1 side: kr 6.600, 1/2 side: 3.300, 1/4 side: 1.650. Andre annonser: kr 14 per mm. Priser eks. moms.

Frist for innlevering av annonser: Den 10. i hver måned.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening er et medlemsblad for Norsk Psykologforening og utgis av denne. Tidsskriftet utkommer den første i hver måned; i tillegg utgis særpublikasjoner. Det publiseres originalartikler av faglig, forskningsmessig og fagpolitisk interesse for norske psykologer.

LEAVING THE SILENT ROOM

PART I: Encounters with sexually abused children	1
PART II: Encounters with sexually abused adults	65

© Norsk Psykologforening 1997

Layout/produksjon: GRAFI deSIGN as. Pb 843, 3007 Drammen. Tlf 32 23 40 70. Fax 32 82 32 38. E-post: geir.dahl@grafi.no

Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep

FORSTÅELSE OG BETYDNING FOR BEHANDLING

Kirsten Benum

Riddervoldsgate Psykologkontor, Oslo

Toril Ursin Boe

Sinsen Distriktpsikiatriske Senter, Oslo

Dissociation as protection against abuse

This article presents the concept of dissociation as a coping mechanism evoked to protect the person concerned against overwhelming experiences. Three levels of dissociation are presented: primary dissociation as the way the trauma is fragmented into isolated somato-sensory elements without integration into a personal narrative, secondary dissociation as a kind of trance-state using de-personalisation and de-realisation to accomplish an emotional and cognitive distance to the trauma, and tertiary dissociation as the development of distinct ego-states that contain the traumatic experience. The knowledge of dissociation is applied in therapy to address different ego-states, working with the traumatic experience, reducing arousal and increasing safety and self control.

Innledning

I psykoterapeutisk arbeid med klienter som har vært utsatt for seksuelle og voldelige overgrep har vi stått overfor reaksjonsmåter som det har vært lite fokusert på i den tradisjonelle terapilitteraturen. Det kan dreie seg om kvinnen, som idet vi i samtalen nærmer oss opplevelser fra hennes barndom, kryper sammen i sofaen og begynner å snakke med liten barnestemme mens hun ser på oss med forskremte øyne. Det kan være mannen som blir «kvinnelig» i hele sin væremåte uten at han selv er

bevisst det som skjer, når han forteller om en episode med sin onkel da han var en liten gutt. Eller det kan handle om jenta som stirrer på et punkt på veggen og «blir borte», når terapeuten prøver å få vite mer om et overgrep hun har vært utsatt for. Hvordan kan vi oppfatte disse reaksjonene, og hvordan bør vi forholde oss terapeutisk til dem?

For oss ble dissosiasjonsbegrepet en nyttig innfallsvinkel for å forstå. Forenklet kan dissosiasjon beskrives som det motsatte av assosiasjon. Evnen til å dissosiere er å kunne spalte opp bevisstheten i ulike fragmenter. Det innebærer å bevege seg inn i andre bevissthetstilstander, kople ut deler av bevisstheten, mens andre deler er i fokus. Dissosiative fenomener kan beskrives som et kontinuum, der ett ytterpunkt består av å dagdrømme, å melde seg ut under en samtale eller å kjøre bil og samtidig være i en indre forestillingsverden. Det andre ytterpunktet representeres av en vedvarende oppsplitting av personens opplevelse av identitet, bevissthet og hukommelse.

Evnen til å dele oppmerksomheten kan bidra til å kople ut sterke, smertefulle opplevelser fra bevisstheten. Dissosiasjon kan være en form for mestring overfor alvorlige traumer, dvs. overveldende, livstruende hendelser som man ikke kan flykte fra, og som ikke kan håndteres ved hjelp av personens vanlige mestringsmekanismer.

Flere studier dokumenterer sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og dissosiative forstyrrelser. Chu og Dill (1990)

fant at både fysisk mishandling og seksuelle overgrep predikerte dissosiative lidelser. Ved seksuelle overgrep fra omsorgspersoner kan barnet møte omsorg og oppmerksomhet fra den voksne, samtidig som det blir krenket. Smertefull mishandling kan avløses av kjærlighet og «normal foreldreatferd». En atmosfære av ambivalens og følelsesmessig polarisering kan være en viktig faktor i etablering av dissosiative tilstander. Vi antar også at barn lettere kan utløse dissosiative tilstander for å mestre overveldende traumer enn voksne.

Lærdommen som ble borte

Grunnlaget for den teoretiske forståelsen vi i dag har av dissosiasjonsfenomener ble lagt av Pierre Janet i slutten av forrige århundre. Janet's opptatthet av å forstå en av datidens mest brukte diagnosegrupper «hysteri», ga et viktig bidrag også til belysning av dissosiasjonsfenomener. («Hysteri» dekket den gang tilstander som i dag faller inn under diagnosegrupper som dissosiative tilstander, konversjonstilstander, somatiseringstilstander, borderline og post-traumatiske lidelser.)

Lenge før Janet begynte å interessere seg for sammenhengen mellom traumatisering og utvikling av hysteri, hadde man i Frankrike vært opptatt av forholdet mellom traumatisering og psykopatologi generelt. Charcot beskrev i 1887 hvordan traumatisering kunne skape en «hypnoid tilstand» som minnet om det man kunne indusere ved hjelp av hypnose. Denne tilstanden trodde Charcot var en nødvendig betingelse for hva han kalte «hystero-traumatisk autosuggesjon», som var hans forklaring på hysteriske anfall og dissosiative fenomener (van der Kolk, Weisæth & van der Hart, 1996).

Som kjent var også Freud elev av Charcot, og ble som Janet opptatt av seksuelle overgrep mot barn som årsaksfaktor for utvikling av «hysteri». I utgangspunktet gikk Freud lengre enn Janet, som oppfattet seksuelle overgrep mot barn som bare én av mange mulige traumatiseringsfaktorer. Men Freud forlot etter noen år sin traume-teori og skapte i stedet en teori hvor grunnlaget

for hysteri ikke var uutholdelige følelser skapt av en reell hendelse, men forbudte seksuelle ønsker hos barnet selv. Dette var en tenkemåte som samtiden kunne akseptere. Janet, derimot, fortsatte i isolasjon sine nøyaktige observasjoner og beskrivelser av psykiske tilstander han mente var forårsaket av tidligere traumer.

Janet så på dissosiasjon som en oppsplitting av tanker, følelser og persepsjoner knyttet til en spesiell hendelse. Hendelsen ble derfor ikke integrert som en del av personens erfaring med et innhold som kunne gjenfortelles når det var ønskelig. Prosessen fant sted fordi opplevelsen var så skremmende at den ikke passet inn i et eksisterende kognitivt skjema. Elementene fra traumatiske hendelser hadde personen ingen viljemessig kontroll over. De ble lagret i det ubevisste som automatismer som Janet mente kunne forklare personens senere tilbøyelighet til å reagere med repeterende, ukontrollerbare og fastlåste reaksjoner når noe minnet om det opprinnelige traumat. Handlinger som tilsynelatende var meningsløse, ble forståelige når detaljene i pasientens traumatiske forhistorie ble avdekket. Janet mente at prosessen ikke bare resulterte i at personen ble «låst fast» i traumat, men at den også førte til en mangel på assimilasjon av nye opplevelser.

Til tross for to verdenskriger har psykiatrien i forbløffende grad klart å unngå å se hva traumatisering forårsaker av psykiske lidelser. Inn til 1970 årene var det derfor få som videreutviklet det teoretiske byggverk Janet skapte. Et viktig unntak er Kardiner (1941), som var en av de første som beskrev det symptombildet vi i dag kjenner som posttraumatisk stresslidelse. Kardiner pekte spesielt på det fysiologiske reaksjonsmønsteret som er forbundet med traumatiseringstilstander, et mønster preget av høyt aktiveringsnivå og lav stimulusterskel. Den traumatiserte personen er derfor alltid på vakt uten å vite hvorfor, klar til å iverksette sine automatiske fryktreaksjoner. I vår sammenheng er det interessant å se at Kardiner også fremhevet en varig endring i selvpplevelsen og i synet på verden forøvrig som en del av det traumatiske syndrom. Individet fortsetter å handle som om den opprinnelige traume-

situasjonen fortsatt eksisterer.

Traumepsykologiens skjebne forteller oss noe om den utbredte motstanden mot å se konsekvensene av de grusomhetene mennesker gjør mot hverandre (Benum & Clasen, 1994). Eitinger (1980) beskriver dette som en konflikt mellom å huske og glemme. Han illustrerer det gjennom samfunnets behandling av ofre fra nazistenes konsentrasjonsleirer, og han fremhever hvordan krig og ofre er noe vi vil unngå å bli minnet om. Et glemselens slør blir derfor lagt over det smertefulle og ubehagelige. Eitinger kaller dette en konflikt med to ansikter. Det ene er ofrenes som kanskje ønsker å glemme, men ikke klarer det. Det andre er samfunnets, ofte ubeviste, ønsker om å glemme og som lykkes med det.

At temaet i de siste 10 - 20 årene igjen har fått en plass i det psykiatriske og psykologiske fagfeltet, kan vi kanskje forstå på bakgrunn av to sammenfallende forhold: Kvinnebevegelsens fremmarsj med fokusering på seksualisert vold mot kvinner og barn, og oppfølgingsarbeidet man i USA måtte iverksette for å gi Vietnam-veteraner et behandlingstilbud. Utgangspunktet var tilsynelatende svært forskjellig, men parallellene i de psykologiske konsekvensene av traumatisering førte til faglige viktige allianser (Perry, Herman, van der Kolk & Hoke, 1990).

Interessen for dissosiasjonsbegrepet har fått sin renessanse. Begrepet er imidlertid langt fra entydig, og brukes i svært forskjellige sammenhenger. Vi vil se på det i forhold til de to tilgrensende begrepene fortrenkning og hypnose, og så presentere en tredeling av dissosiasjonsfenomenet.

Fortrenkning og hypnose

Dissosiasjon og fortrenkning blir av mange oppfattet som beslektede eller parallelle forsvarsmekanismer. Van der Kolk og van der Hart (1991) peker imidlertid på fundamentale teoretiske ulikheter mellom begrepene. De hevder at Freuds fortrenkningsbegrep beskriver et ego som utøver en aktiv ekskludering av truende temaer som kan assosieres med en

spesiell hendelse, mens Janet oppfattet dissosiasjon som et resultat av svekkelse i det mentale apparat forårsaket av overveldende følelser. Personen er derfor ikke i stand til å gjennomføre «normal» integrering av opplevelsen. Hilgard (1973) forsøker å klargjøre forskjellene mellom begrepene ved metaforisk å beskrive fortrenkning som en horisontal splitt i vår bevissthet (Freuds topografiske modell) og dissosiasjon som en vertikal splitt. Den vertikale splitten skiller det dissosierte materialet fra resten av bevissheten ved å skyve det over i forbevissheten. Spiegel (1986) fremhever at dissosiasjon vanligvis innebærer barrierer mellom ulike typer materiale. Fortrenkningsbegrepet rommer derimot ikke slike antagelser. Spiegel hevder også at dissosiasjon synes å fremkalles av traumatiske hendelser, mens fortrenkning utløses av langvarige konflikter og forbudte ønsker.

Sophie Freud, Sigmund Freuds barnebarn, hevder at det er dissosiasjonsbegrepet og ikke fortrenkningsbegrepet som passer best til vår nåværende kunnskap om hukommelsesnettverk (Freud, 1997). Dette skiftet får viktige terapeutiske konsekvenser, hevder hun. Hvis man har et teoretisk bilde av det spaltede selv, trenger man ikke velge mellom det «sanne» og det «falske» selvet, eller sanne og falske motiver, fordi man inkluderer en forståelse av menneskelig atferd som multideterminert.

Forholdet mellom dissosiering og hypnotiske tilstander trenger også en avklaring. Spiegel (1991) fremhever tre sentrale komponenter ved hypnotisk transe. Den første komponenten er absorbering - en konsentrasjon på utvalgte stimuli. Det andre elementet er oppsplitting av sansestimuli, der en del av bevissheten blir tydelig og fokusert, mens andre deler får mindre oppmerksomhet. Det siste sentrale elementet i hypnose er økt mottakelighet for suggesjon. Det innebærer en åpenhet for å bevege seg inn i forestillingsbilder og kroppslige opplevelser. Når Spiegel beskriver forholdet mellom hypnose og dissosiasjon, legger han vekt på hvordan absorbering kan sammenliknes med gjenopplevelse. Personen er da totalt fokusert på selve hendelsen og

opplever f.eks. nærmest å være i rommet der overgrepet skjedde. Oppsplitting av sansestimuli er det samme som fragmentering under dissosiasjon. Suggestibiliteten likner det offeret kan oppleve under et overgrep, en intens motvilje mot det som foregår, samtidig som man ikke kan bruke viljen til å fjerne seg fra situasjonen.

Evnen til å kunne dissosiere antas å basere seg på en predisposisjon på linje med evnen til hypnotiserbarhet (Hilgard, 1986). Flere studier viser at det kan være en lineær sammenheng mellom hypnotiserbarhet og alder (Place, 1984). En regner at hypnotisk kapasitet øker gradvis i barndommen og kulminerer ved ca. 9-10 års-alder. Hvis hypnotiserbarhet er forbundet med evne til dissosiasjon under stress, kan vi anta at barn lettere kan utløse dissosiative tilstander for å mestre overveldende traumer enn voksne.

Selv om vi ser flere likhetstrekk mellom hypnose og dissosiasjon, er det også forskjeller. Den vesentligste forskjellen er kanskje følgende: Mens hypnose innebærer å underkaste seg en annens instruksjoner; la seg påvirke - er dissosiasjon et forsøk på å redusere den ytre kontrollen ved selv å gjøre seg «upåvirkbar» av hendelser personen ikke kan flykte fra.

Primær dissosiasjon

Dissosiasjon kan forekomme både under overgrepet og som en senvirkning, enten kronisk eller utløst av en stressor. Van der Hart, van der Kolk og Boon (1996) har funnet det hensiktsmessig å inndelegge dissosiative symptomer i tre nivåer som også indikerer omfanget av symptomer. De snakker om primær, sekundær og tertiær dissosiasjon.

Primær dissosiasjon kan opptre som en mestringsmekanisme ved ulike former for traumatisering. Det handler om evnen til å fragmentere overveldende inntrykk i håndterbare enheter. Nyere hukommelsesforskning støtter Janets hypoteser ved å vise at traumatiske opplevelser antakeligvis innkodes annerledes enn andre hendelser (Brown,

1994). Dette innebærer at den traumatiske opplevelsen splittes opp og lagres perseptuelt på et ikke verbalt plan. Hendelsen lagres da som fragmenter; et visuelt bilde, lydbilde, smaksopplevelse, kinestetisk fornemmelse eller som intense følelser.

Senvirkningene av primær dissosiasjon kan føre til at personen opplever nye stimuli som assosieres med fragmenter av traumet som truende. Personen reagerer med angst, aggresjon eller tilbaketrekning uten at faresignalene blir relatert til den aktuelle situasjonen. Personen kan fare opp eller få sterke kroppslige ubehag som setter i gang kjedereaksjoner med gjenopplevelser uten at han eller hun skjønner hvorfor. Traumatiserte personer beskriver at gjenopplevelser av traumet kan være så overveldende at det er som om den opprinnelige hendelsen foregår på nytt. Klinisk møter vi dette som senvirkninger når klienten søker hjelp med påtrengende og uforståelige «flashbacks». Ofte er dette skremmende fragmenter av bilder, lyder, smak - luktopplevelser eller kinestetiske opplevelser. En mann forteller om en svart, stor skygge han ser i døren når han legger seg. En kvinne blir urolig når hun går inn på badet og kaster nesten opp når hun skal pusse tennene. En jente får panikk når hun lukter whisky og føler at hender presses rundt halsen hennes når noen står bak henne.

Undersøkelser kan tyde på at ekstrem følelsesmessig overaktivering forstyrrer hukommelsesfunksjonene i hippocampus (van der Kolk, 1989). Hippocampus' oppgave er å organisere informasjon og integrere denne med tidligere eksisterende materiale om samme sanseinntrykk. Dersom faresignalet er for sterkt og stresshormonnivået for høyt, kan dette påvirke vurderingen av den informasjon som kommer. Når ikke hippocampus utfører sin oppgave, ser det ut til at hendelsene blir fragmentert som sensoriske stimuli. Janets student Piaget beskrev hva som skjer når man ikke lykkes i å få til et semantisk, eller et forståelig, minne. Det leder til organisering av minnet i somato-sensoriske nivåer: «Det er nettopp fordi det ikke er noen umiddelbar akkomodasjon at det blir en komplett dissosi-

asjon mellom den indre aktiviteten og den ytre verden. I det den ytre verden bare representeres gjennom sanseinntrykk, blir den assimilert uten motstand (dvs. ikke tilkople andre minner) til det ubevisste ego» (Piaget, 1962, s. 57, vår oversettelse).

Nyere nevropsykologisk forskning bekrefter traumeforskningens hypoteser når det gjelder lagring av minner ved traumatiske påkjenninger (Reinvang, 1997). Reinvang beskriver ulike hukommelsesmoduler som må være tilstede for å få en integrert kognisjon. Hvis ikke språkmodulen er aktiv, blir minnet lagret som en assosiasjon, kanskje av et skremmende ansikt og lagret som en emosjonell fryktmodul. Språkmodulen kan ikke senere opprette kontakt med de andre modulene, men kan konstruere en rimelig forklaring på den følelsesmessige reaksjonen og det skremmende ansiktet. Ved traumatisk stress kan informasjonskanalene mellom høyre og venstre hjernehalvdel blokkeres. Høyre hemisfære kan dermed få en større direkte innflytelse på handlingen, hemme den språklige bearbeidingen og forhindre bruken av fortolkningsfunksjonen.

Det fysiologiske beredsskaps- og beskyttelsesmønsteret i menneskets respons på farer kan føre til at kroppen automatisk reagerer på stimuli som assosieres med fragmenter av tidligere traumer, med den samme intensitet som da det skjedde. Personen opplever å være i en tilstand preget av overaktivering og manglende evne til stimulusdiskriminering. Mange blir gjennom terapeutisk arbeid over tid i stand til å sette ord på sine fragmenterte opplevelser. Dette muliggjør konstruksjon av narrativer om det som hendte. Van der Kolk (1996) hevder at sansefragmentene fortsatt vil være der som innkodete spor som i liten grad kan desentiviseres eller avbetinges. Han hevder allikevel at man ved hjelp av det menings- skapende arbeidet kan få prosessert informasjon slik at de traumatiske hendelsene får en symbolsk representasjon som kan bearbeides. Dette øker muligheten for at minnet med tiden kan blekne som andre opplevelser.

Sekundær dissosiasjon

Når en person befinner seg i en traumatisk situasjon som har resultert i en endret bevissthets- tilstand, kan det skje en ytterligere splittelse i personen. Denne splittelsen innebærer en opp- deling i en observerende og en opplevende del. Hensikten med prosessen er å beskytte perso- nen mot den følelsesmessige opplevelsen av hendelsen, på samme måte som primær disso- siasjon beskytter mot kognitivt å få tak i realite- ten i hendelsen (Boe & Christie, 1992). Hos noen kan denne oppsplittingen beskrives som en depersonaliserings-opplevelse; det som skjer har ikke noe med en selv å gjøre. Hos andre er det følelsen av uvirkelighet, derealisasjon, som dominerer. Denne opplevelsen kan f.eks. beskrives slik en ung kvinne gjorde det: «Da pappa begynte å ta på meg, skjedde det alltid noe merkelig. Det var som om jeg gikk inn i en tåketilstand og så gled ut av min egen kropp. Noen ganger var det som om jeg bare lå der ved siden av meg selv, andre ganger var det som om jeg forsvant ut i rommet og svevde under taket og så på det som skjedde. Det angikk liksom ikke meg. Noen ganger kommer jeg fortsatt inn i den samme merkelige tilstanden. Uvirkelig- hetsfølelsen gjør at jeg blir usikker på hva som egentlig foregikk.»

Personens tidsopplevelse av hendelsen kan bli forstyrret og evnen til gjenkalling sterkt svek- ket. De sekundære dissosiative mekanismene, som tilsynelatende fungerer bra som mestring i en overgrepssituasjon, har vist seg å være signi- fikante prediktorer for utvikling av posttrauma- tisk stresslidelse (Holen, 1993; van der Kolk, 1996). Denne formen for «selvbedøvelse» og uvirkeliggjøring av traumet kan forhindre bear- beidelse og integrering av hendelsen.

Tertiær dissosiasjon

Barn som har opplevd seksuelle overgrep og mishandling gjennom store deler av oppvek- sten, kan utvikle enda mer omfattende bruk av dissosiasjon enn det som er beskrevet ovenfor. I tillegg til oppsplitting av traumet (primær

dissosiasjon) og distansering fra hendelsen (sekundær dissosiasjon) finner vi da dannelse av separate jeg-tilstander som hver især kan ha utviklet strategier for å håndtere deler av traumet. Hos noen vil vi finne jeg-tilstander som forvalter spesielle følelsesreaksjoner som sinne, fortvilelse eller redsel. Hos andre vil vi se utvikling av sammensatte handlingssekvenser med egne kognitive kart. Noen personer har utviklet jeg-tilstander som er så omfattende at de fremtrer som tilsynelatende selvstendige deler av personligheten. Organisering av opplevelser og mestringsstrategier i separate jeg-tilstander innebærer en lagring av vesentlig informasjon på ulike bevissthetsnivåer. Personens bevisste jeg kjenner vanligvis ikke til de dissosierte tilstandene. Materialet kommer frem når noe i situasjonen assosieres med traumet og dermed fører vedkommende inn i en følelsesmessig tilstand tilsvarende den personen var i da traumet fant sted.

I slike situasjoner vil personen ved hjelp av en eller flere jeg-tilstander kunne si eller utføre handlinger som ble innlært for at han eller hun skulle klare seg gjennom overgrepene i barndommen. Kompleksiteten av tilstandene varierer. I enkel utforming er det lett å se slektskapet til normale dissosiative fenomener hos barn. F.eks. kan Britt, etter å ha blitt skremt av en lyd utenfor terapirommet, si med liten barnestemme: «Hvis bare Kari og jeg nå holder godt fast i spadene og bøttene våre, så går han nok sin vei igjen,» og så et øyeblikk etter løfte skuldrene sine opp, begynne å gå frem og tilbake over gulvet og si med mannstemme: «Jeg er sterk jeg, jeg er fryktelig sterk når jeg bare vil, så han kan bare passe seg, så sterk er jeg!» Etter å ha blitt tiltalt ved navn og bedt om å sette ord på det som har skjedd, ser Britt uforstående ut og vet selv ikke noe om det intermessioet som nettopp spilte seg ut.

At denne formen for dissosiasjon er en videreutvikling av derealisasjons- og depersonaliseringssfenomener, ser vi for eksempel når Inger i terapitimen blir fanget inn av et «flash-back», og plutselig sier med en annen dialekt enn hun vanligvis bruker: «Jeg skjønner ikke hva den dumme jenta ligger der og gråter for -

jeg har jo sagt til henne at hvis hun blir med meg, så behøver hun ikke bekymre seg over alt dette med faren hennes. Jeg har jo et sted hvor hun alltid vil kunne være i fred, et sted med blomster, sol og snille mennesker.»

Hos noen av våre klienter er «barrierene» mellom jeg-tilstandene og mellom personens bevisste jeg så solide at de diagnostiske kravene til dissosiativ identitetslidelse, tidligere kalt multippel personlighetsforstyrrelse, tilfredstilles. De strever med å skjule at det er mye av det som foregår de ikke vet noe om, og med å forhindre at de «faller inn i sorte hull» eller transeliknende tilstander. De skremmes av «stemmer inne i hodet», selvbeskadigelse eller handlingsmønstre de uklart vet noe om: Anne har ikke tidligere hatt kontakt med psykisk helsevern før hun en dag sitter på psykologens kontor og forteller at samboeren hennes er redd fordi hun i perioder snakker og oppfører seg som om en mann har tatt bolig i henne. Når dette skjer, fordreies ansiktet hennes, og «den indre mannen» sier og gjør ting hun aldri ville drømt om å gjøre. «Han» forteller nedsettende ting om hennes foreldre som aldri har gjort henne noe vondt, er aggressiv og arrogant. Noen ganger snakker «han» bare inne i henne, men hun er utrygg på i hvilke sammenhenger «han» kommer frem.

Dissosiasjon isolerer det lagrete materialet og forhindrer at det påvirkes av nye erfaringer. I en jeg-tilstand kan Lise fortelle om hvordan hun fortsatt når hun kjenner sigarlukt, sørger for at Lise får panikk og enten løper og gjemmer seg eller forsvinner inn i en tåketilstand. Ut fra en annen jeg-tilstand formidler hun med veslevoksen stemme at når hun hører noen i trappen, alltid passer på å komme seg ut på kjøkkenet og begynne å rydde i alle skapene fordi hun tror at faren hennes da ikke tør å avbryte henne. Atferdsmønstrene er helt upåvirket av at det er 20 år siden faren, som begikk overgrepene mot henne og som sigarlukten og fottrinnene er knyttet til, døde. Jeg-tilstander utviklet som «hjelper» på et bestemt alderstrinn opererer som om tiden har stått stille. Et traume vil derfor ha

ulike konsekvenser over tid avhengig av personens alder under overgrepene.

Etablering av et så omfattende system som ved dissosiativ identitetslidelse, illustrerer dissosieringsmekanismer i sin ytterste konsekvens. Her har utviklingen av jeg-tilstandene rammet selve identitets- og personlighetsutviklingen. Vi kan se sofistikerte atferdsmønstre som kan «ta over» personen i timer og dager av gangen, uten at den delen av klienten vi er vant til å forholde oss til, vet noe om det. Terapeutisk arbeid med dissosiative lidelser har derfor gitt innblikk i mekanismer som gjennom mange år har vært oversett ved borderline-tilstander (Perry et al., 1990), posttraumatiske stresslidelse og somatiseringstilstander (Saxe et al., 1994).

Kartlegging og identifisering

Dissosiasjon skjermer den utsatte mot å ta inn over seg overgrepshendelsene. Personen klarer tilsynelatende å gå videre i livet som om ingenting har skjedd. Men oppsplittetheten skaper problemer. Bruddstykker av bilder, opplevelser, følelser og handlinger overrumpler til stadighet personen. Også disse reaksjonene håndteres ofte med dissosiasjon. Personen går inn og ut av transeliknende tilstander, for å skjerme seg fra ubehagelige indre og ytre stimuli, og lever i en verden uten subjektiv opplevelse av sammenhenger. Når noe oppfattes som farlig og personen går inn i en dissosiativ tilstand, kan dette bidra til at vedkommende blir utsatt for nye overgrep. «Beskyttelsen» gjør det vanskelig å ta vare på seg selv når det virkelig er fare på fære.

Ross, Miller og Reagor (1990) fant at 95% av pasienter med diagnosen multipl personlighetsforstyrrelse, hadde vært utsatt for seksuelt misbruk og/eller fysisk mishandling som barn. Betegnelsen multipl personlighetsforstyrrelse er nå erstattet av *dissosiativ identitetslidelse*, fordi tilstanden ikke oppfattes som en oppdeling i flere personligheter, men som en manglende integrasjon av identitet, bevissthet og hukommelse (American Psychiatric Association, 1994). Flere undersøkelser peker på at

pasienter med denne diagnosen synes å ha vært utsatt for mer sadisme, grovere vold og seksuell mishandling enn andre. Det fremheves også at overgrepene gjennomsnittlig startet før seks års alderen (Boon & Draijer, 1993).

Klinisk vil vi kunne få mistanke om en dissosiativ reaksjon når klienten stadig blir fjern i timen, og ofte stopper opp midt under en samtale. Store variasjoner i måten å uttrykke seg på, raske skiftninger i ansiktsuttrykk, etterfulgt av setninger som virker selvmotsigende, går ofte igjen. Klienten vil kunne fortelle om problemer med å huske; timer eller dager blir borte. Ofte fortelles det om stemmer som snakker inne i hodet med beskje-der om at de er ekle, dumme, stygge eller slemme. Det fortelles også om stemmer som vil at de skal skade seg eller ta livet av seg.

Det er utviklet flere instrumenter for identifisering av dissosiative fenomener. *Dissociative Experience Scale* (Carlson et al., 1993) er et kortfattet instrument for registrering av hyp-pigheten av dissosiative opplevelser. Det kan dreie seg om utsagn som å finne bevis for at man har utført handlinger man ikke kan huske (amnesi), lytte til en samtale og plutselig bli klar over at man ikke har hørt etter (oppmerk-somhetshull), se seg selv i speilet og ikke gjen-kjenne seg selv (depersonalisering), eller det å befinne seg på et kjent sted og merke at det virker fremmed og ukjent (derealisasjon).

I DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) deles dissosiative lidelser inn i fem undergrupper:

- Dissosiativ amnesi (tidligere psykogen amnesi)
- Dissosiativ fugue (tidligere psykogen fugue)
- Dissosiativ identitetslidelse (tidligere multipl personlighetsforstyrrelse)
- Depersonaliseringslidelse
- Dissosiativ lidelse, ikke spesifisert

SCID-D følger denne inndelingen (Steinberg, 1995) og er det mest omfattende diagnostiske instrumentet som nå er oversatt til norsk (Bøe, Dramsdahl, Haslerud & Knudsen, 1995).

Implikasjoner for behandling av primær og sekundær dissosiasjon

Det kan være nyttig å formidle en forståelse av hva dissosiasjon innebærer. Klienten kan da oppfatte sine symptomer som en form for mestring knyttet til ekstreme livsopplevelser. Klienter som stadig blir overveldet av «flashbacks» (primær dissosiasjon) kan ved å sette ord på bildene eller fragmentene få bragt det dissosierte materialet over til et semantisk nivå som gjør mulig en konstruksjon av sammenhenger. Dette kan redusere opplevelsen av hjelpeløshet. Ofte kan man her utnytte evnen til å dissosiere terapeutisk ved å etablere en funksjonell avstand til materialet. Dette kan eksempelvis gjøres ved å la klienten forestille seg de overveldende fragmentene på en «film» på veggen. Klienten instrueres i hvordan filmen kan «styres» ved å skru den av og på, viske ut eller blekne bildene.

Klientene er ofte kontinuerlig på vakt og fysiologisk aktivert. For noen forsterkes problemene av «flashbacks» som kommer rett før innsovning, når kontrollen svekkes. Dette kan føre til vedvarende søvnmangel og fobisk angst for å legge seg. Også her kan evnen til dissosiasjon utnyttes, slik Karen gjorde det. Hun la seg med klærne på, hadde TV-apparatet på og «lot» som om hun bare skulle hvile seg litt.

Respekterer vi behovet for å lage avstand og lar klienten fortelle hva vedkommende har «sett eller hørt en annen oppleve», er ofte personen i stand til å gjenfortelle det som har skjedd med ord. I behandlingen av Kari var det viktig å forstå og anerkjenne hvor nødvendig det hadde vært for henne å få avstand til overgrepet da det skjedde (sekundær dissosiasjon). For å forhindre at bearbeidelsen skulle føre til overveldelse og på denne måten forårsake et nytt traume, ble det viktig å etablere et trygt tilfluktsted. Gjennom avslapningsøvelser øvde hun seg på å gå ut og inn av en forestilling om å ligge, uten angst, flytende på en madrass i et svømmebasseng - en tilstand som hadde noe av den samme bedøvende virkningen som depersonaliseringsmekanismen fra overgrepet. Fra denne posisjonen kunne

hun skrittvis fortelle om det som hadde skjedd. Etterhvert behøvde hun ikke å snakke om hendelsen i tredje person, men fortalte ut fra en jeg-opplevelse.

Hvor mye skal man fokusere på de overveldende traumatiske opplevelsene? Respekt for og forståelse av dissosiative mestringsstrategier er kanskje en av de faktorene som har gjort at mange i dag arbeider mer indirekte med overgrepene og kanskje mer fokusert på konsekvensene av det som har skjedd. Terapeutisk arbeid med traumatisk materiale forutsetter alltid at man først må arbeide med en stabilisering av klientens situasjon. En god behandlingsrelasjon må være etablert, og man må som terapeut ha måter å reetablere trygghet på hvis klienten skulle bli overveldet. For mange klienter vil anerkjennelsen av at overgrepene har skjedd og en kognitiv forståelse av hendelsene kunne oppleves som tilstrekkelig.

Implikasjoner for behandling ved tertiær dissosiasjon

Ved en så omfattende bruk av dissosiasjon som beskrevet under tertiær dissosiasjon, kan det være nødvendig å avdekke og bevisstgjøre jeg-tilstandenes innhold for å få til en endring (Kluft, 1993). Lagring i separate jeg-tilstander innebærer at materialet er vanskelig tilgjengelig i normal bevissthet pga. tilstandsspesifikk læring (Rossi & Cheek, 1988). Gjennom hypnose kan en få tilgang til ulike bevissthetstilstander (Spiegel, 1991; Dale, 1996). Klienter med dissosiative lidelser går i terapitimen ofte av seg selv inn i transeliknende tilstander. Dette gir som hypnose tilgang til det dissosierte materialet.

Berit hadde i flere uker vært skremt av egen selvbeskadigelse. En dag forteller hun at hun var klar over at «en del» av henne var sint og fortvilet over at hun hadde fått ny jobb og flyttet til et nytt sted. Berit var usikker på om det var denne «delen» av henne som forårsaket selvbeskadigelsen. Hun var sint og forarget ved tanken på at noe i henne forsøkte å ødelegge hennes nye tilværelse og hadde fantasier om å

kvitte seg med denne «delen». Terapeuten hadde tidligere i behandlingen av Berit opplevd at hun spontant hadde gått inn i ulike jeg-tilstander. På denne måten hadde det kommet frem viktig informasjon som Berits bevisste jeg var ukjent med. Hun var derfor spørrende til om det var noen måte Berit kunne bli bedre kjent med hva dette handlet om? Terapeuten la så merke til at Berit ble «fjern» og begynte å snakke med en annen stemme enn hun vanligvis brukte. Denne stemmen snakket om Berit i tredje person. Stemmen fortalte at når Berit gikk ut om kvelden tok hun ofte med seg menn hjem. Stemmen var fortvilet over overgrepene mennene utsatte henne for, og som Berit tilsynelatende ikke visste noe om. Etter at denne historien var blitt fortalt, ble det i terapien fokusert både på innholdet i det som var blitt sagt og på mulighet for å integrere informasjon på tvers av ulike bevissthetstilstander.

Velger man å gå i direkte dialog med de dissosierte delene av personen, er det viktig å vise respekt for klientens egen opplevelse av oppspaltethet samtidig som man må være klar på det enhetlige ved personen. Fremgangsmåten gir en mulighet til å bearbeide hendelser man ellers ville vært avskåret fra. For sterk fokusering på dialoger via ulike jeg-tilstander rommer en fare for å redusere det enhetlige ansvaret personen har for egen tilværelse. Bruk av metaforer, eventyr eller fortellinger gir muligheter for formidling av budskap på tvers av ulike bevissthetstilstander.

Det terapeutiske arbeid med dissosiative mestringsmekanismer kan vekke sammensatte reaksjoner både hos terapeut og klient. Det er ikke bare de dissosiative tilstandene som representerer store utfordringer, men også det faktum at klientene, særlig ved tertiær dissosiasjon, ofte har opplevd de groveste og mest omfattende overgrepene. Terapeuten kan påvirkes av klientens transetilstander ved å bli fjern og søvnig i timen. Klientens bevegelse ut og inn av bevissthetstilstander kan skape forvirring hos terapeuten. Det blir viktig å holde på den terapeutiske distansen og ikke bli «sugd inn» av klientens skiftninger. Andre faresignaler er når klientens «spesielle væremåte» får

oss til å opptre «spesielt» som terapeut. Dette kan innebære andre typer avtaler enn vi ellers gjør, eller å være uklar i forhold til grenser og tilknytningsform. Uvanlige terapeutiske opplevelser kan føre til behov for uvanlige terapeutiske intervensjoner. Det er derfor verdt å merke seg at Kluft (1993), en av de mest erfarne terapeutene innenfor dette feltet, fremhever nødvendigheten av å unngå et for emosjonelt klima i terapien. Hans mål er nærmest at behandlingen skal fortone seg som «kjedelig», slik at terapeuten ikke bli revet med av skiftningene, de sterke følelsene og innholdet i klientens historier. Dette er terapier hvor man må sørge for at andre får innsyn i det som skjer og at man har et kollegialt støtteapparat rundt seg. Terapien trenger innsyn, og terapeuten trenger støtte.

Avslutning

Kunnskap om dissosiative fenomener og konsekvenser av traumatisering har åpnet for innsikt i omfattende og intense psykiske plager. Det er mye vi som behandlere ikke har forstått, kanskje fordi vi har manglet dekkende begreper for disse prosessene. De tause erfaringene har ikke bare vært uten ord for klienten, men også for hjelperne (Benum & Anstorp, 1993).

I USA har det de siste årene vært en følelsesladet debatt knyttet til troverdigheten av historier om seksuelle overgrep voksne kvinner forteller de har vært utsatt for som barn. Et sentralt spørsmål har vært: Er det mulig at traumatiske opplevelser kan glemmes, og så på et senere tidspunkt gjenerindres? Det underlige ved denne diskusjonen er at ingen stilte dette spørsmålet da Myers eller Kardiner i sine bøker ga detaljerte beskrivelser av hvordan soldater med «krigsnevros» hadde «glemt» hva de hadde vært med på eller da dette ble beskrevet hos Vietnamveteraner (van der Kolk, 1989). Tvilen om hvorvidt dette var mulig oppsto da kvinnelige overgrepsofre gikk rettens vei for å få straffet de som hadde utsatt dem for overgrep. Synspunkter på amnesi og gjenerindring

var da ikke lenger et spørsmål om vitenskap og erkjennelse, men om politikk (Herman, 1992).

Forskning på sammenhenger mellom fenomener som hypnose, dissosiasjon, traumatiseringsreaksjoner og hukommelse er ennå i startfasen. Det har i de siste årene vært fokusert på ytterpunktene i denne diskusjonen. False Memory Syndrom-debatten i USA og diskusjonene her hjemme etter Bjugnsaken sier noe om hvilke følelser som aktiveres når overgrep mot barn gjøres til et tema. Den faglige diskusjonen har dessverre lidd under denne polariseringen.

Terapi kan uansett hvor gode metoder vi har, aldri avdekke hva som har skjedd. Forskning på hukommelse viser nettopp dette. Samtidig synes denne forskningen også å vise at fragmenter av en traumehistorie som f.eks. dukker opp som «flashbacks», kan ansees som ubearbejdet representasjoner av en reell hendelse (Terr, 1990). Som vi tidligere har pekt på, vil personen måtte konstruere sin historie på basis av fragmentene. Dette innebærer at vi må være ydmyke i forhold til sannheten med store bokstaver: Terapirommet skal ikke og kan ikke være en rettsal. Klientens ambivalens og behovet for å benekte smertefulle påkjenninger vil forsterke de nølende og vage fortellingene og dermed gjøre personen sårbar overfor både terapeuter og rettsvesen. Kunnskap om dissosiative overlevelsesreaksjoner vil imidlertid kunne bidra til at vi som terapeuter i ennå sterkere grad kan ivareta og støtte våre klienter.

Referanser

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Benum, K. & Anstorp, T. (1993). Understanding psychiatric symptoms as coping reactions to violence and sexual abuse. I D. E. Trent & C. Reed (Eds.), *Promotion of Mental Health. Vol. 3*. (ss. 17-26). Aldershot, Avebury.
- Benum, K. & Clasen, A. K., (1994). Mellom taushet og fare. Om kulturelle fortolkninger av psykiske problemer og forsøk på å skape ny mening. *Psyke og Logos*, 15, 171-190.
- Boe, T. U. & Christie, H. J. (1992). Incest som psykologisk skade - en modell for forståelse. I T. S. Borchrevink & H. J. Christie (Red.), *Incest. Psykologisk forståelse og behandling* (ss. 47-71). Oslo: Universitetsforlaget.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-495.
- Brown, P. (1994). Toward a psychobiological model of dissociation and post-traumatic stress disorder. I J. L. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives* (ss. 94-122). New York: Guilford Press.
- Bøe, T., Dramsdahl, E., Haslerud, J. & Knudsen, H. (norsk oversettelse) (1995). Strukturert klinisk intervju for DSM-IV Dissosiative forstyrrelser. Oslo: Norsk Psykologforening.
- Carlson, E. M., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experience Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 889-892.
- Dale, K. Y. (1996). Dissosiativ identitetsforstyrrelse. Presentasjon av et behandlingsopplegg ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk i Finnmark. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11, 1043-1049.
- Eitinger, L. (1980). The concentration camp syndrome and its late sequelae. I J. E. Dimsdale (Ed.), *Survivors, victims and perpetrators* (ss. 127-162). New York: Hemisphere.
- Freud, S. (1997). *The baby and the bathwater*. What is still valid about psychoanalytic theories. Foredrag ved Senter for høyere studier i Oslo 11/4-97.
- Goodman, L. & Peters, J. (1995). Persecutory

- alters and ego states: Protectors, friends and allies. *Dissociation*, 8, 91-99.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster. I J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (ss. 471-478). New York: Plenum Press.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoeber.
- Kluft, R. P. (1993). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. I R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (ss. 19-51). Washington: American Psychiatric Press.
- Perry, J. C., Herman J. L., Van der Kolk, B. A. & Hoke, L. A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20, 33-43.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Place, M. (1984). Hypnosis and the child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 339-347.
- Reinvang, I. (1997). Bevisst og ubevisst- hva kan hjerneforskningen lære oss? I G. Overskeid & F. Svartdal (Red.), *Det ubevisste og moderne vitenskap* (ss. 88-105). Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Rossi, E. L. & Cheek, D. B. (1988). *Mind - Body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis*. New York: Norton.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J. & van der Kolk, B. A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1329-1335.
- Spiegel, D. (1986). Dissociations, double binds, and post-traumatic stress in multiple personality disorder. I B. G. Braun (Ed.), *Treatment of Multiple Personality Disorder* (ss. 61-77). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. (1991). Dissociation and trauma. I A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press annual review of psychiatry*, 10, 261-275. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry*. New York: Basic Books.
- van der Hart, O., van der Kolk, B. A. & Boon, S. (1996). The treatment of dissociative disorders. I J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-411.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. I B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic Stress* (ss. 214-242). New York: Guildford Press.
- van der Kolk, B. A. & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- van der Kolk, B. A., Weisæth, L. & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic stress* (ss. 47-77). New York: Guildford Press.

Toril Ursin Boe

Sinsen Distriktpsykiatriske senter
Sinsenveien 47 B, 0585 Oslo
Tlf 23 12 46 00. Fax 22 71 18 25