

# **”Det är bara du och jag här i rummet”**

**om hur man inom den psykoanalytiska teorin ser på dissociativa personligheter, relaterat till egna kliniska erfarenheter.**

Examensarbete legitimationsgrundande psykoterapiutbildning

Göteborgs Psykoterapi Institut

2008

Författare: Marianne Stahlheuer

Handledare: Robert Rössel

Examinator: Gudrun Olsson



## Abstract

Syftet med uppsatsen är att belysa hur svårigheterna med patientgrupper som har dissociativa störningar kan betraktas utifrån att terapeuten och/eller handledaren ansluter sig till en viss teoribakgrund. Jag presenterar två parallella teoribildningar inom den terapeutiska traditionen med avseende på hur de beskriver dissociativa personligheter och förklarar på vilket sätt de inte går ihop och går därefter in på senare psykoanalytisk teoribildning om dissociation. Janet som lade grunden för teoribildningen inom dissociation ansåg att det inte räcker med att bara minnas det som hänt, utan att detta också måste fogas samman med andra händelser och bilda en berättelse för att upphöra att vara en fixering. Freud hade i sin tidiga traumateori kunskapen om vad traumatiserande upplevelser kunde orsaka, men lämnade detta område för att istället bygga upp en generell teori om vårt psykiska fungerande i vilken bortträngning blev huvudfokus. Framför allt Freuds efterföljare ansåg dissociation som oförenligt med Freuds andra topografiska modell, något som går att ifrågasätta utifrån ett integrativt synsätt, dels utifrån senare psykoanalytiska teorier (horisontell och vertikal split) men även med stöd av neuropsykoanalys och neurobiologisk forskning.

## Tack

Per Stahlheuer för ditt tålamod och engagemang för min uppsats. Robert Rössel för alltid lika inspirerande handledning. Olle Sund för att du tog dig tid att lämna över stafettpinnen. Anna Gerge som föreslår vägar jag inte visste fanns. Kristina Monthán för noggrann genomläsning och språkgranskning.

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	4
Syfte.....	5
Historik för dissociativ identitetsstörning .....	6
Teori .....	7
Två tidiga teoribildningar .....	7
Den psykoanalytiska traditionen.....	7
Teori med ursprung hos Janet.....	9
Exempel på publicerad tolkningsstrid mellan psykoanalytiker med olika synsätt.....	10
Senare teoribildningar.....	12
Dissociation i förhållande till schizofreni.....	14
Dissociation i förhållande till psykos-borderline-neuros kontinuat .....	14
Kliniska exempel.....	16
Synpunkter kring fallet Anna O .....	16
Egna kliniska exempel .....	17
Diskussion.....	19
Sammanfattande kommentarer.....	24

If you want to shrink something, you must first allow it to expand. If you want to get rid of something, you must first allow it to flourish. If you want to take something, you must first allow it to be given.

-Lao Tze

## Bakgrund

Terapin med en patient (här kallad Cecilia) på min arbetsplats som är en psykiatrisk öppenvårdsmottagning hade präglats av återkommande förtroendekriser, då patienten brast ut i anklagelser om att hon inte kunde fortsätta hos mig eftersom jag inte förstod henne. Detta visade sig senare vara alldeles sant då patienten började bli kontaktad av alternerande personligheter (benämning som används i den svenska översättningen av Nancy McWilliams: Psykoanalytisk diagnostik, 2003) som började skriva meddelanden och tala genom hennes kropp. Efter ytterligare någon månad kunde patienten släppa fram de andra i terapirummet. Efter att mina första tvivel kring vad det var vi sysslade med hade lagt sig och jag och patienten hittade en fungerande anpassning av behandlingstekniken, infann sig en stabilitet i terapituationen som var helt ny för oss. Vi kunde lugnt och systematiskt arbeta med de övergreppsminnen och frågor som de alternerande personligheterna hade med sig.

I den första handledningssessionen med en för mig ny handledare som är psykoanalytiker skulle jag presentera mitt arbete med denna kvinna som under behandlingens gång visat sig ha en dissociativ personlighetsstörning, förkortad DID (enligt diagnosmanualen DSM-IV). Jag redogjorde för handledaren hur de alternerande personligheterna hade visat sig i terapirummet och hur jag anpassat terapin i enlighet med en metod som jag kommit i kontakt med under en föreläsning av Olle Sund (2006), vilken i korthet var att låta alterpersonligheterna komma till tals såsom i en gruppterapi. Jag blev avbruten av handledaren som istället föreslog diagnoserna borderline personlighetsstörning eller schizofreni samt gav mig förslag på behandlingsteknik som han ansåg mer förenligt med dessa diagnoser, t ex att säga till patienten ”det är bara du och jag här i rummet.” Jag förklarade att de föreslagna diagnoserna inte stämde överens med patientens symptom och fick då höra argumentet att diagnosen DID är alltför sällsynt för att det skulle vara troligt att min patient hade den. Jag fick ge upp mina försök att ta upp denna patient i handledningen därför att min handledare varken delade min uppfattning

om problematiken eller kunde acceptera mitt sätt att arbeta med henne. Jag ställde mig naturligtvis frågan om jag trots allt hade lurats in i en terapiprocess där jag genom mitt handlande var med och samproducerade skapandet av alterpersonligheterna, och började söka efter litteratur om dissociativa fenomen. Det förvånade mig att jag hittade sådana mängder av litteratur i ämnet, samtidigt som ämnet sällan togs upp av psykoanalytiska författare.

I de artiklar och böcker som sammanställer forskning och kunskap om behandling av dissociativa fenomen, anser man idag att dissociativa tillstånd inte framkallas av behandlingen utan orsakas av upprepade trauman och har goda behandlingsutsikter med integration som ett eftersträvarsvärt behandlingsmål (Kluft, 1997). Många skeptiker till diagnosen har dragit slutsatsen att den oerhörda mängd patienter med dissociativa diagnoser som rapporterats de senaste åren beror på att patienterna feldiagnostiserats och/eller felbehandlats av naiva terapeuter som dessa förmodade borderlinepatienter lyckats manipulera. En faktor som kan ha bidragit till denna slutsats är att dissociativa patienter framgångsrikt har utvecklat strategier som effektivt döljer dissociationen för även den närmaste omgivningen. Endast i en trygg terapeutisk relation och vid direkt förfrågan brukar dessa personer ofta med lättnad över att få berätta, erkänna att de har olika röster/personligheter inom sig (Schwartz, 1994). Sju studier med 719 nordamerikanska och europeiska DID-patienter visar att de haft kontakt med psykiatri i mellan 5 och 11 år innan de fått en DID-diagnos (International Society for Study of Dissociation, 2005). I dessa studier dras slutsatsen att många DID-patienter och relaterad problematik missas, feldiagnostiserats och felbehandlas. Om terapeuten är ovillig att se dissociationsproblematiken så kommer den inte heller att bli synlig. Det framgår tydligt att detta är ett område där det har funnits, och finns, djupa motsättningar mellan olika ståndpunkter.

## Syfte

Mitt syfte med uppsatsen är att belysa hur svårigheterna med patientgrupper som har dissociativa störningar kan betraktas utifrån att terapeuten och/eller handledaren ansluter sig till en viss teoribakgrund.

Jag kommer att presentera två parallella teoribildningar (synsätt) inom den terapeutiska traditionen med avseende på hur de beskriver de fenomen som kallas dissociativa personligheter och förklara på vilket sätt de inte går ihop. Därefter går jag in på senare psykoanalytisk teoribildning om dissociation. Jag kommer också att försöka hitta en möjlig väg att komma runt

dessa svårigheter utifrån senare tids psykoanalytiska teorier som integrerar de tidigare psykoanalytiska teorierna med senare forskning.

## Historik för dissociativ identitetsstörning

Det första dokumenterade fallet av dissociativ personlighet dateras till 1789 då Gmelin publicerar en fallbeskrivning av en tysk kvinna som skiftar till en annan personlighet som ter sig som en fransk överklasskvinna (Kluft & Fine, 1993; Ellenberger, 1970). Flera tidiga fallbeskrivningar finns dokumenterade men de som lägger grunden för teoribildningen i detta område är Charcot och Janet. Av utrymmesskäl har jag valt att hålla detta avsnitt kortfattat men för en mer utförlig redogörelse av historiken kring DID hänvisas till böcker i referenslistan, tex McWilliams, (1994); Ellenberger, (1970); Putnam, (1989); Kluft & Fine, (1993), m.fl. De senaste decennierna har man uppmärksammat alltfler patienter med dissociativ problematik, beroende på ett ökat medvetande om dissociativa fenomen (Chu, 1998). Man har funnit en i stort sett fullständig överensstämmelse mellan dissociativ problematik och förekomst av systematisk misshandel och/ eller sexuella övergrepp (Chu, 1998; Kluft, 1985; Kluft, 1999; Putnam, 1985; van der Hart et al, 2006).

Definitionerna och benämningarna för dissociativa fenomen har varierat med tiden och synsätten likaså. Efter att under en tid ha benämnts som multipel personlighet har man på senare år enats om Dissociativ personlighetsstörning, förkortat till DID och DDNOS (Dissociative Disorder, not otherwise specified) för patienter som inte uppfyller alla diagnostiska kriterier för DID. Den definition av dissociativ personlighetsstörning som gäller idag enligt diagnosmanualen DSM-IV består av fyra punkter som ska vara uppfyllda:

- A. Två eller fler åtskilda identiteter eller personlighetstillstånd existerar sida vid sida (var och en med sitt eget relativt bestående sätt att uppfatta, tänka kring och relatera till omgivningen och sig själv).
- B. Minst två av dessa identiteter eller personlighetstillstånd tar vid återkommande tillfällen kontrollen över personens beteende.
- C. Personen är oförmögen att minnas viktig personlig information. Oförmågan att minnas är mer betydande än vad som kan förklaras med vanlig glömska.
- D. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex blackout eller kaotiskt beteende vid alkoholberusning) eller någon somatisk sjukdom/ skada (t ex

komplexa partiella epileptiska anfall). Obs: Hos barn skall inte fantasilekar eller fantiserade lekkamrater inkluderas som symtom.

## Teori

### Två tidiga teoribildningar

#### Den psykoanalytiska traditionen

Jag har valt att göra en genomgång av tidigare psykoanalytiska texter med avsikt att se vad de olika teoretikerna skriver om dissociation. Dissociation eller splitting av medvetandet har varit känt sedan 1700-talet, och var det syndrom som var föremål för störst intresse av psykiatriskt intresserade läkare. Det var först när Freud uppfann psykoanalysen som en teori om splitting började utvecklas. Denna teoribildning har vidareutvecklats åt olika håll av olika psykoanalytiker. Freud ägnade sig åt splitting av jaget (Laplanche & Pontalis, 1973). Klein (1932) talar om splitting av objektet i goda och onda delar. Fairbairn presenterar en tredje form av splitting, nämligen splitting av självet (1954).

I Laplanche & Pontalis psykoanalytiska lexikon finns inte dissociation med som sökord. Man får söka på splitting av jaget för att få en hänvisning till Freuds och Breuers resonemang kring hur man skulle förstå de patienter som uppvisade separata personligheter, vilket man betraktade som en svår form av hysteri. I ”Studier i hysteri” (1893-1895) och i ”Den preliminära kommunikationen mellan Freud och Breuer” förklarar Freud att han delar Janets syn på dessa patienter, vilken var att patienterna hade utsatts för trauman. Ett år senare (Ellenberger, 1970) förkastar han dock Breuers och Janets syn på hypnoida tillstånd och skapar istället en egen modell av medvetandet, den topografiska modellen (1900). När Freud presenterar sin ”förförelseteori” 1896 i en föreläsning med titeln ”Hysterins etiologi” blir han motarbetad och förlöjligad av sina kolleger i sällskapet för psykoanalys och neurologi i Wien. Det kontroversiella var att Freud utifrån sina fallstudier kommit fram till att orsaken till hysterin var att patienten i tidig barndom utsatts för ett sexuellt trauma i form av en sexuell förförelse (Masson, 1984; Fhanér, 1989). Enligt Fhanér brukar den traditionella historieskrivningen hävda att Freud övergav ”förförelseteorin” 1897. Det påpekas ibland att det för Freud hade varit omöjligt att fortsätta behandla patienter i Wiens övre samhällskikt om han fortsatt att utpeka fäderna till patienterna som förövare. Bliss (1988) beskriver hur Freud blev utfrysad av sina psykoanalytikerkolleger, så länge han höll fast vid ”förförelseteorin”. Han var med andra ord utsatt för stort socialt tryck för att överge ”förförelseteorin” och möjligen hängde hela

hans yrkesmässiga framtid på denna fråga. Masson (1984) och Bliss (1988) anser det troligt att Freud gav efter för kollegernas påtryckningar att överge "förförelseteorin", genom att visa hur Freud återkommande motsäger sig själv. Ett exempel som tas upp av Masson är att Freud (1905) i "Tre essäer" skriver att han inte kan inte hålla med om att han överdrivit antalet övergrepp eller deras betydelse, samma år som han offentligt uttalat att han överskattade antalet "förförelser" och övergav "förförelseteorin". Masson går igenom Freuds brev och ger en lång rad exempel på hur passager som visar att Freuds tvivel på övergivandet av "förförelseteorin" av utgivaren strukits helt ur publikationerna. Freud hävdar 1916 i "Introductory lectures on psychoanalysis" att det inte har någon betydelse om en "förförelse" ägt rum eller om det är en fantasi. I den psykoanalytiska huvudfåran var patogena effekter av fantasier mycket mer i fokus än patogena effekter av trauman (Masson, 1984). Idealpatienten var en patient som inte hade utsatts för trauman. I ett brev till Masson skriver Anna Freud att om Sigmund Freud inte hade övergett "förförelseteorin" så hade han tvingats överge oedipuskomplexet och med detta betydelsen av fantasin (både den medvetna och omedvetna). Då hade det inte heller funnits möjlighet till fortsättning för psykoanalysen. Masson anser att priset för den teoretiska utvecklingen innebar ett stort svek mot patienterna.

Freud börjar i sitt teoribygande lägga allt större vikt vid försvarsfunktionen, vilket för en tid blir synonymt med bortträngning. Mollon (1996) jämför Freuds tidigare och senare teorier, och kommer fram till att Freud lämnade sitt tidigare intresse för trauman för att istället skriva sina metapsykologiska teorier där han intresserar sig för oedipuskomplexet, bortträngningen och fantasins betydelse. Freud hade i sin tidiga traumateori kunskapen om vad traumatiserande upplevelser kunde orsaka, men lämnade detta område för att istället bygga upp en generell teori om vårt psykiska fungerande. Bortträngningsbegreppet innebar en delning av det medvetna från det omedvetna. Freud uttalade 1914 att teorin om bortträngning var själva grundstenen på vilken strukturen för psykoanalysen vilade. Denna ståndpunkt såg man som oförenlig med tanken om multipla medvetanden (Mollon, 1996).

Den psykoanalytiska teoribildningen under det senaste seklet har haft förvånansvärt lite att säga om dissociativa personligheter (Marmer, 1980; Berman, 1981). Flera författare (Berman, 1981; Bliss, 1988; Bromberg, 1991; Masson 1984) uppmärksammar dock att Freud behöll sitt intresse att försöka förstå dissociationsfenomenet (Jaget och detet, 1923, "splitting av jaget", 1940), även om hans efterföljare (som jag väljer att kalla "traditionalister") bortsett från detta. Enligt Berman har de flesta senare försök från psykoanalytikerhåll att diskutera dissociativ

personlighet utelämnat de mest användbara delarna av Freuds resonemang och helt uteslutit Fairbairn. De fokuserar istället på en oidipal problematik, vilket Freuds tidigare fallbeskrivningar helt saknar. Berman (1981) målar upp en maktstrid inom psykoanalysen där Freud och framför allt hans anhängare förstärkte skillnaderna mellan Freuds och Janet's syn på hysteri och dissociation.

1980 skriver Marmer att ingen från ett psykoanalytiskt perspektiv har försökt förklara psykodynamiken hos dissociativa personligheter inom ramen för avvikelser från normalutvecklingen. McWilliams (1994) skriver i "Psykoanalytisk diagnostik" att hon är den första att ta med dissociativa personligheter i en psykoanalytiskt inriktad lärobok.

### **Teori med ursprung hos Janet**

Janet utvecklade en teori om dissociation som stämmer mycket väl överens med dagens traumaforskning (Mollon, 1996). Han ansåg att traumatisering beror på ett misslyckande eller oförmåga att göra något i en situation där det finns ett reellt hot. Detta resulterar i hjälplöshet som i sin tur skapar så intensiva känslor att de inte kan lagras i minnet. Janet ansåg att det är nödvändigt att koppla ord till en erfarenhet för att göra den begriplig och möjlig att hålla kvar i medvetandet. När detta inte inträffar leder de överväldigande känslorna till att jaget försvarar sig genom dissociation. Den traumatiska erfarenheten försvinner inte ifrån medvetandet, men lever kvar som en undermedveten fix idé, vars funktion är både att organisera de traumatiska minnena och att hålla dem utom räckhåll för medvetandet. De dissocierade erfarenheterna från personens förflutna återkommer i så kraftfulla flashbacks att de invaderar nuet och tillfälligt lämnar personen psykotisk och desorienterad i relation till den aktuella verkligheten. Janet såg hysterin som en svaghet vad gäller förmågan att organisera och integrera medvetandet, som brister i uppfostran snarare än en inneboende omoral hos drifterna (Grotstein, 1994). Janet ansåg vidare att det var nödvändigt för en traumatiserad person att kunna tala om traumat inför sig själva och andra, och skapa en berättelse. Förutom att känna till ett minne är det nödvändigt att skapa sig en bild av detta och foga detta till andra bilder. Janet betraktade minnet som en kreativ handling i vilken personen organiserar och kategoriserar sina erfarenheter och anpassar dem till existerande kognitiva strukturer. Förenklat såg Janet dissociation som ett hinder för tänkandet, genom att dissociation smalnade av medvetandet så att personen inte kunde foga samman olika minnen. Janet tänkte sig att dissociation hade som syfte att försvara mot ångest. Han skrev 1919 om minnesfobi och antog att minnen och fixa idéer kunde

lagras på olika nivåer av informationsbearbetning, t ex som berättelser, kroppsminnen, visuella bilder i hallucinationer och mardrömmar, sinnesintryck, affektiva minnen (Mollon, 1996). Janet ansåg att vitt skilda erfarenheter kunde vara överväldigande för psyket. Han såg psykopatologi som resultatet av ett försvagat och dissocierat psyke som fortsatte att bli traumatiserat av minsta lilla krav (van der Kolk & van der Hart, 1989). Han förklarade också varför barnet behövde internalisera de onda objekten och därmed övergå till ett dissocierat sätt att relatera eftersom det blir det mest ändamålsenliga. Det som i grunden skiljer Freuds och Janets teorier åt, är den tänkta orsaken till splittingen alternativt bortträngningen (Grotstein, 1994). En annan skillnad är att Janet anser att det inte räcker med att bara minnas det som hänt, utan att detta också måste fogas samman med andra händelser och bilda en berättelse för att upphöra att vara en fixering. De terapiinriktningar som har bildats utifrån Janets teorier syftar till integration av personligheten genom att underminera grunden för de dissociativa försvarerna som håller isär olika funktioner och upplevelser hos patienten (Kluft & Fine, 1993). Medan Freuds reviderade teori där hysteri ansågs bero på bortträngda sexuella önskinningar och inte faktiska sexuella övergrepp rönt stor uppmärksamhet och berömmelse i Wiens övre samhällsskikt, ansågs Janet som en historisk kuriositet. Detta varade till 1970 då Ellenberger m.fl. uppmärksammade hans arbete. Janets teorier har anammats av Piaget och framför allt av kognitiva terapeuter (van der Kolk & van der Hart, 1989).

#### **Exempel på publicerad tolkningsstrid mellan psykoanalytiker med olika synsätt**

Lerner (1994) för ett resonemang om diagnostik och behandling av en patient med dissociativa drag. Han väljer att arbeta mer strikt neutralt psykoanalytiskt än han brukar för att kunna använda sig av sina motöverföringsreaktioner för att analysera motståndet. Lerner menar att om han hade använt sig av hypnos vilket hans patient frågade efter så hade han komplicerat överföringen. Själva efterfrågan av hypnos är en överföringsreaktion, menar Lerner. Han ser dissociation som ett sammanbrott av förmågan att integrera de inre själv- och objektrepresentationerna, tex en oförmåga att skilja ut sig själv från sin pappas idealbarn. Lerner förklarar bibehållandet av de ointegrerade representationerna som ett sätt att handskas med en farlig och skrämmande yttre verklighet.

Bromberg (1995) kommenterar Lerners artikel och pekar på de brister han ser i Lerners resonemang, både vad gäller behandlingsmetodik och förståelsen av problematiken. En viktig skillnad är huruvida man i likhet med traditionalisterna tar avstamp från Freuds strukturella

teori, vilket leder till att man måste placera störningen någonstans i modellen, företrädesvis i jaget, eller om man kan se psyket som något som från början är ointegrerat. Enligt Brombergs sätt att se måste varje person genom sin mognadsutveckling integrera sina från början multipla självtillstånd, vilket förstås kan misslyckas på många olika sätt. Min slutsats av det Bromberg säger är att det dramatiskt annorlunda för personerna med DID är de amnestiska barriärerna mellan de olika självtillstånden. För att kunna överbrygga de dissociativa tillstånden och få till stånd en känsla av enhet, behöver terapeuten på ett empatiskt sätt arbeta med varje alterpersonlighet för sig för att de terapeutiska erfarenheterna ska kunna verka integrerande. Terapeuten måste skapa en relationell brygga för att patienten ska kunna röra sig från dissociation till konfliktnivå. För att göra detta måste man visa att man vill möta varje alterpersonlighet och förhandla direkt med dessa. Väljer man att bara se en av alterpersonligheterna som sin egentliga patient så arbetar man med en tänkt idealpatient eller med Winnicotts (1960) begrepp patientens falska själv. Metoden handlar om att få de dissociativa barriärerna att erodera genom en narrativ omsymbolisering av patientens erfarenheter, så att de olika rösterna tillslut kan tillskrivas samma jag. Visar man alltför stor skepsis vad gäller äktheten i det patienten visar upp så anpassar sig patienten och slutar vara sig själv. Bromberg (1995) kritiserar Lerner's val av metod där han fokuserar på att upprätthålla neutraliteten med att denna metod förutsätter en enhetlig personlighetsstruktur som kan upplevas som en intrapsykisk konflikt.

I svaret på Brombergs kritik skjuter Lerner & Lerner (1996) in sig på att DID-litteraturen missat att det skulle röra sig om en masochistisk patologi där omnipotens spelar en viktig roll. Författarna anser visserligen att DID funktionellt kan vara resultatet av misslyckad jagintegration men att den omnipotenta kvaliteten i störningen är det betydelsefulla och att denna lösning ger patienten möjlighet att leva ut sina omnipotenta fantasier. Exempel på detta är oidipal triumf i ett fall där pappan skulle stå för omvårdnadsfunktionen under mammans långa arbetspass, och patientens krav på terapeuten att kompensera för mammans brister i omvårdnaden vilket resulterade i att patienten lämnade terapin när terapeuten inte gick med på patientens krav. Författarna ger exempel på en rad sjukdomsvinster som de anser att patienten får ut av störningen och att patienten undviker konflikter på varje utvecklingsnivå genom detta sätt att handskas med omvärlden. Lerner's håller fram trauman som en viktig faktor men inte den enda.

## Senare teoribildningar

Eftersom flera författare (Marmer, 1980; Berman, 1981; Putnam, 1989) poängterar att psykoanalysen har haft förvånansvärt lite att säga om dissociativa fenomen, så har jag valt att gå igenom det jag kunnat hitta på detta område.

Fairbairn skrev sin doktorsavhandling "Dissociation och bortträngning" 1929 men det dröjde ända till 1994 innan den publicerades tillsammans med andra av hans tidiga texter (Fairbairn Birtles & Scharff, 1994). Avhandlingen handlar om relationen mellan dissociation och bortträngning. Fairbairn såg dissociation som någonting generellt medan bortträngning tillhörde en specialkategori som har varit av särskilt stor vikt för psykopatologi och psykoanalytisk teori. Fairbairn delar in dissociation i kategorierna a) dissociation av betydelselöst mentalt innehåll, b) dissociation av motstridigt innehåll och c) dissociation av det obehagliga. Bortträngning är en speciell form av dissociation som hör till den sistnämnda kategorin. Fairbairn resonerar 1931 om att Freuds andra topografiska=strukturella modell (överjag, jag, det) endast är en av flera möjliga uppdelningar av fungerande strukturella enheter. Mollon (2002) avfärdar Freuds andra topografiska modell som hopplöst förenklad och anser att hos dissociativa personligheter borde uppdelningen innehålla flera delar än så. Mollon resonerar kring delobjektrepresentationer som läggs på varandra eller fusioneras. Fairbairn överger i sina senare teorier diskussionen om skillnaden mellan bortträngning och dissociation. Han skriver i "On the nature of hysterical states" 1954 att det tidigare intresset för dissociation har övertagits av bortträngningsbegreppet som har kommit att bli hörnstenen i psykoanalytisk teori, vilket inneburit förlusten av den omedelbara förståelsen av begreppet dissociation för de mer gravt splittrade jagtillstånd som man finner hos dissociativa personligheter. Dagens teoretiker skulle komma att ge Fairbairn rätt i att både dissociation och bortträngning kan ses existera i ett kontinuum från normalt sorterande av material genom dagdrömmeri till svår patologi som i dissociativ personlighet. Grotstein (1994) hänvisar till tre av Fairbairns fallbeskrivningar där patienten har dissocierade alterpersonligheter men både Fairbairn och Grotstein hävdar att vi alla består av åtskilda multipla själv. Fairbairn lämnade sitt intresse för dissociation som han kom i kontakt med genom sitt arbete med traumatiserade barn och skadade i samband med andra världskriget, för att istället ägna sig åt att lägga grunden för objektrelationsteorin. Grotstein (1994) skriver att Fairbairn reviderade teorin om den psykiska strukturen genom att skifta fokus från den horisontella driftsbaserade bortträngningen till den vertikala splittingen

av internaliserade objekt och tillhörande jagfunktioner. Rötterna till Fairbairns teoribildning kring splitting grundar sig i Janets syn på hysteri.

Glover föreslog 1956 att psykoanalysen skulle överta termen dissociation, givet att man bestämmer hur den ska definieras. Det tog dock flera årtionden innan det förslaget vann gehör. Kernberg (Bromberg, 1993) bidrar med att förtydliga skillnaden mellan splitting och bortträngning, men med den svagheten att han sätter likhetstecken mellan dissociation och splitting. Bromberg (1993) föreslår att man kan se personlighetsstrukturen som en dynamisk balans eller dialektik mellan dissociation och konflikt. Han argumenterar för att psykoanalysen måste bredda sina begrepp för psykisk struktur, omedvetna fenomen och terapeutiska interventioner bortom modellen om konfliktteori.

Utifrån ett relationellt perspektiv förhandlar terapeuten med multipla självrepresentationer och möjliggör uppbyggandet av nya länkar mellan dissociativa gap genom en process av meningsskapande. Bromberg argumenterar för att psyket ursprungligen är fragmenterat i ett flertal själv-andrakonfigurationer som mognar till en sammanhängande och kontinuerlig identitet eller "känsla av själv" i motsats till ett från början integrerat psyke som senare fragmenteras. Bromberg menar inte att alla är dissociativa personligheter men att det vi kallar det omedvetna inte alltid utnyttjar länkar mellan självtillstånd, affekter, minnen eller har samtidig tillgång till personligheten. Graden av hur lätt en individ har till att ha självtillstånd samtidigt tillgängliga har varit huvudkriteriet för analyserbarhet, dvs i vad mån dessa självtillstånd är dissocierade från varandra eller inte.

Schwartz (1994) skriver om DID som ett kronifierat traumatillstånd och en speciell variant av narcissistisk personlighetsorganisation där de omnipotenta försvaren dominerar och där utvecklingen av aggression, fantasi och användandet av övergångsfenomen har spårat ur. Behandlingen bedrivs med ett uttalat relationellt förhållningssätt i vilket patienterna också har goda tillgångar vilket ger goda förutsättningar för integration. I det relationella synsättet betonas att terapeuten möter patienten utifrån patientens subjektiva upplevelse. Schwartz påpekar risken att återtraumatisera redan kroniskt traumatiserade patienter, eftersom de har blivit utsatta för sådant massivt intrång. Genom de olika alterpersonligheternas berättelser kan patienten börja skapa en sammanhängande historia, vilket gör det möjligt att gå från dissociation till förhandling kring deras historia vilket är kärnan i strukturell personlighetsutveckling.

## **Dissociation i förhållande till schizofreni**

1955 skriver Bion om skillnaden mellan psykotiska och icke-psykotiska personligheter. Materialet som Bion utgår ifrån är taget utifrån analyser med tre patienter som diagnosticerats som schizofrena men som Bion inte anser vara det. Bion talar om splitting och utrymning av känslor och vill reservera begreppet dissociation för mer gynnsamma processer. För honom är splitting kopplat till fragmentering medan dissociation patienter är kapabla till depression, dvs de fungerar på helobjektsnivå. Mollon (2002) förstår Bions begrepp ”attacks on linking” som identiskt med dissociation. Länkning mellan olika medvetandefält, mellan minne och känsla, mellan erfarenhet och identitet har blivit skadat.

Varje alterpersonlighet inkluderar element från både detet, jaget och överjaget (Berman, 1981). Berman drar slutsatsen att splitting av självrepresentationer varit central i bildandet av alterpersonligheter men tror att de är ett resultat av en grupp av försvar snarare än en enstaka process. Vilka dessa försvar skulle vara går Berman inte in på. Berman utesluter att det skulle finnas en ursprunglig vuxen personlighet eftersom varje alterpersonlighet bör vara ett resultat av komplexa utvecklingsprocesser. Han menar att frågan om det verkligen finns flera personligheter inom en och samma person är felställd, och att man istället bör fråga sig när en person upplever sig som enhetlig, och när han upplever sig som fragmenterad och multipel. Berman frågar sig vilken grad av störning det handlar om, och kommer fram till att det inte alltid handlar om en form av hysteri, vilket psykoanalytikerna tidigare ansåg, utan att det ibland är en allvarligare störning, vilket han kopplar till att vissa patienter från början fått en schizofrenidiagnos.

## **Dissociation i förhållande till psykos-borderline-neuros kontinuat**

Kernberg (Berman, 1981) för på 70-talet ett resonemang om att man kan hitta dissociativa patienter överallt i psykos-borderline-neuros kontinuat. Berman (1981) hänvisar till ett resonemang av Stolorow & Lachmann (1978) där de diskuterar huruvida man ska betrakta multipelhet som främst ett försvar eller som ett brott i utvecklingen. Berman anser att det handlar om ett brott i utvecklandet av de grundläggande jagfunktionerna, bland annat förmågan att integrera objekt- och självrepresentationer, medan försvarsfunktionen betraktas som sekundär. Detta får betydelse för hur man ser på behandlingen av dessa patienter och vad slutmålet anses vara. Berman (1981) skriver om Kernbergs kommentarer kring ett fall 1973 då Kernberg hävdar att terapeuten skulle ha vägrat att tilltala de olika delpersonligheterna vid

namn för att inte gå med i patientens patologi och istället hållit fast vid att multipelheten var en vanföreställning. Berman förordar istället visad respekt för patientens upplevelse för att skapa en stark terapeutisk allians i syfte att möjliggöra fortsatt utveckling och integration. Detta betraktar han som huvudinriktningen hos de terapeuter som arbetar med dissociativa personligheter. Schwartz (2000) beskriver istället integrationer mellan olika delsjälv, över amnestiska barriärer till förståelse hos patienten att det han/hon utsattes för skedde medan han/hon var barn. Många patienter kan dessutom inte tänka sig ett liv utan sina alterpersonligheter. Senare forskning tar oss bort från den kanske felställda frågan om den lyckade behandlingen med integration som mål. För vissa patienter är det fortfarande ett önskvärt och möjligt mål, medan andra uppnår större livskvalitet genom att lära sig att lyssna på sina olika alterpersonligheter och ta hänsyn till deras behov, något som inte skiljer sig från andra terapier. Schwartz, Bromberg, Goldberg m fl ser dissociativa tillstånd som någonting vi alla har. Det som skiljer dissociativa personligheter från andra är avsaknaden av bryggor mellan olika självtillstånd och etiologin för detta.

Smith skriver 1989 att det finns lite skrivet och få referenser inom psykoanalysen om DID efter 1910 och att förståelsen därför är dålig för detta fenomen. Smith tror att detta beror på att den av Bleuler (1908) introducerade schizofrenidiagnosen tog över, medan andra dissoci-erande patienter ansågs vara hysteriker som under hypnospåverkan hittade på dessa symptom. Det har även ansetts vara en narcissistisk störning. Kända fall av amnestiska perioder hos patienter ansågs vid 1900-talets mitt bero på bortträngning av alla fakta kring centralpersonlighetens liv. Detta motsades av att alterpersonligheterna som tog över under tiden hade en stabil personlighet med en egen subjektiv livshistoria. Freuds artikel från 1940 om splitting av jaget ger en deskriptiv observation, men förklarar inte alls dynamiken i denna process. Efter detta blandar flera teoretiker ihop detta med den splitting som man finner hos borderlinepatienter, vilket fördunklar skillnaderna mellan dessa patienter. DID-patienterna har fortfarande bortträngningsbarriären intakt, vilket möjliggör den dissociativa amnesin. En annan alterpersonlighet än värdpersonligheten brukar ofta vara medveten om de andra alterpersonligheternas historia. Det man ytligt sett kan uppfatta som integration, kan många gånger handla om ett förtryck av alterpersonligheter som leder till ett utåt sett normalt liv som dock är dränerat på energi och fyllt av inre kaos.

## Kliniska exempel

Bland de två mest kända publicerade fallbeskrivningarna inom dissociationslitteraturen finns de utgivna böckerna ”Evas tre ansikten” (Thigpen & Cleckley, 1957) och ”Sybil”, pseudonym för en kvinna som behandlades av Cornelia Wilbur, skriven av Schreiber 1973. I båda böckerna får läsaren möta en hämmad ung kvinna som uttrycker stark lojalitet gentemot sin familj. Efterhand visar sig andra alterpersonligheter som patienten varit helt omedveten om, vilka uppvisar helt andra personlighetsdrag. I båda böckerna får vi följa hur nya minnen kommer fram genom alterpersonligheterna. Jag vill hänvisa till dessa böcker för att båda är utförliga i sin skildring av terapeutiskt arbete med en person som dissocierar. Mina två ”egna kliniska exempel” s. 17 är allmänt hållna, förvanskade vad gäller namn, ålder och personliga fakta för att garantera patienternas anonymitet.

## Synpunkter kring fallet Anna O

Breuers behandling av Anna O. brukar tillskrivas som själva prototypen för Freuds uppfinnande av den kathartiska metoden. Mollon (1996) ställer sig frågande till hur fallbeskrivningen Anna O med sin tydliga beskrivning av två parallella medvetanden kunnat ge upphov till den horisontella uppdelningen mellan det medvetna och det omedvetna. Breuer publicerar fallbeskrivningen i ”studier i hysteri” (Freud & Breuer, 1895) utifrån bristfälliga anteckningar 13 år efter avslutad behandling (Ellenberger, 1970). Enligt Ellenberger skildras fallbeskrivningen i efterhand på ett förvanskat sätt och Freud har sagt både till Jung (1926) och till Ernest Jones (1953) att Anna O inte alls blivit botad av behandlingen hos Breuer utan förblev sjuk i flera år. Anna O som ansågs lida av hysteri, utvecklade ständigt nya symtom som försvann när hon kunde förstå vad som hade framkallat symtomet, vilket ofta hade en tydlig symbolik. Hon gick igenom perioder av förlamning, aversion mot mat, oförmåga att dricka vatten, synrubbingar, oförmåga att kunna tala sitt modersmål utan bara uttala enstaka ramsor på engelska, humörsvingningar, frånvarotillstånd, ofrivilliga ögonrörelser mm. Läsaren får ta del av en oerhört spännande berättelse om hur symtomen uppkommit och upplöses under behandlingen, men Ellenberger vars fokus ligger på att redogöra för historiken och utvecklingen av psykoanalysen tycks ställa sig frågande inför hur fallbeskrivningen återrapporteras. Det som förtjänar större uppmärksamhet är att Anna O hade en splittrad personlighet som 1880-1881 utvecklades till två distinkta personligheter. Breuer kunde framkalla ett skifte av personlighet genom att visa patienten en apelsin, vilket var det hon livnärt sig på

under en period i sitt "elaka jag", som Anna O. kallade sitt andra tillstånd. Enligt patienten fanns det "någonstans i en vrå i hennes hjärna en skarpsinnig och lugn iakttagare som betraktade tokerierna" (s. 92, Breuer, 1893). Det som i efterhand uttrycks som dagdrömmier pga leda benämns ursprungligen som spontanhypnotiska tillstånd som patienten försjönk in i under kvällarna, följt av förvirring och minnesförlust. Idag existerar inte längre hysteri som diagnos och i resonemang kring vad som orsakade symtomen så förklaras ofta symtomen med de unga kvinnornas livssituation i form av bristande möjligheter att utvecklas yrkesmässigt och intellektuellt. Jag kan tänka mig att Anna O omedvetet skapade symptom och fann lösningen för att behålla intresset hos hennes analytiker. Patienters följsamhet när det gäller att leva upp till terapeutens förväntningar är väldokumenterat inte minst hos dissocierande patienter (Mollon, 1996). När jag läser fallbeskrivningen i Freuds samlade verk och jämför den med Ellenbergers beskrivning utifrån originaldokument tänker jag mig att Anna O tyvärr även idag skulle kunna bemötas utifrån förutfattade meningar kring vad hon lider av. Mina tankar går omedelbart till dissociation, och att Anna O's omsorger om pappan kan ha dolt någonting helt annat. Freud skriver i "studier i hysteri" att Anna O tycks vara ett rent hysteriskt fall eftersom man inte kan se några tecken på sexualneuros hos henne. Det klivna jaget (självet) och dissociationen som faktiskt nämns i fallbeskrivningen problematiseras inte alls. Man kan även använda sig av Winnicotts sanna och falska själv (1962) för att förstå hur dissocierande personer skyddar sin önskebild av hur verkligheten ser ut, ofta i avseende på hur familjen framställs utåt och även i patientens medvetande.

## **Egna kliniska exempel**

Jag har idag pågående psykoterapier med fyra patienter som uppfyller diagnosen DID. En av dem är en kvinna i 35-års åldern, nedan kallad Cecilia. Jag har arbetat med Cecilia i tre år, varav de senaste 11/2 åren har varit ett samarbete mellan Cecilia, mig och hennes hittills sju alterpersonligheter. Förutom Cecilia finns idag en alterpersonlighet kvar. De andra har antingen lämnat Cecilia efter att de erkänt att Cecilia nu är förmögen att leva sitt eget liv eller valt att integreras med Cecilia. Det som föregick integrationerna var Cecilias upplevelse av att alterpersonligheternas minnen var någonting som även hänt henne själv, vilket hjälpte henne att sörja sin historia. För alterpersonligheternas del så har terapin bestått av att de har berättat om sina minnen, känt sig trodda och förstådda, och att de har kunnat arbeta med sina olika konflikter. Det har dels funnits lojalitetskonflikter gentemot förövaren på olika mognadsnivåer eftersom det rör sig om barnalterpersonligheter som förblivit fixerade i olika åldrar,

dels konflikter kring att släppa ett ansvar över en funktion de har haft. Ett exempel på detta är alterpersonligheten Karin som fortsatt vara oerhört uppmärksam på människor i omgivningen för att identifiera ”fula gubbar” som hon fortfarande uppfattar som ett reellt hot. En yngre barnalter som kallas Kickan är rasande på att alla andra alterpersonligheter säger att hennes älskade pappa har varit elak. Hon har burit bilden av den kärleksfulla pappan och han kan i hennes värld inte både vara snäll och dum. Förutom den svindlande känslan av att plötsligt sitta mitt emot en vuxen person som byter skepnad och börjar tala som ett litet barn och berättar om helt egna livsvillkor, så sätts terapeuten verkligen på prov gång på gång när hon ska bemöta alla de berättelser och frågor som dyker upp. Under en period så krävde alterpersonligheten Karin att hon skulle få ett eget personnummer så att hon kunde få leva ett eget liv. Hon var fast övertygad om det rimliga och rättvisa i detta och lade fram sina argument på ett intelligent sätt. Terapitimmarna kan vara alltifrån dråpligt humoristiska till fasansfulla berättelser om övergreppsminnen som gör det svårt för mig som terapeut att orka vara närvarande.

En av Cecilias barnalterpersonlighet som kallar sig Kim, berättade för mig om ett svek från pappans sida som hon tyckte var oförlåtligt. Pappan hade lovat att ta med henne på en utflykt för att besöka hans arbetsplats som var stängd för helgen och som en höjdpunkt blev Kim lovad en påse godis. Kim var överlycklig och kände sig alldeles uppspelt över detta. När de kom fram fick Kim följa pappan genom korridorerna men till hennes besvikelse knackade pappan på en kollegas kontorsdörr och lämnade kvar Kim med kollegan. Kim blev tillsagd att utföra vissa sexuella handlingar som hon hade blivit lärd. Som belöning fick hon lite gammalt och torrt godis. Kim släpptes ut ifrån rummet och sprang förtvivlat runt och letade efter pappan tills hon hittade honom. När Kim berättar om händelsen för mig, upplever hon det största sveket som att hon blev lurad vad gäller godiset. Detta är ett exempel på de historier som varit oerhört laddade att lyssna på, och vid detta tillfälle hade jag stora svårigheter att själv hålla mig kvar vid medvetande. Ett mer traditionellt sätt att betrakta det som händer med denna patient skulle kunna vara att betrakta det som regression när en barnalter kommer in i rummet. Då tror jag att många skulle försöka tala till patientens mer vuxna sida och missa möjligheten att integrera detta med de bitar av historia som alterpersonligheterna har att införliva i berättelsen.

En manlig patient som jag kallar Erik har gått i två tidigare terapier under diagnosen DID i en annan stad. Den första terapin avslutades efter att Erik berättat för omgivningen om sina svårigheter vilket ledde till en brytning med viktiga personer och en allvarlig kris för Erik. Nästa

behandlare talade bara till Erik med syfte att få alterpersonligheterna att försvinna. Eriks starka alterpersonligheter tyckte till en början att detta var bra och verkade för att Erik skulle fullfölja behandlingen, men de märkte så småningom att Erik blev allt sämre och såg till att han avbröt terapin. Erik söker nu terapi på nytt pga att det är ”obalans i systemet” och hans livsstrategier inte fungerar som han har tänkt sig. Vi befinner oss fortfarande i intervjufasen och jag får träffa hans olika alterpersonligheter för att förhandla fram ett behandlingskontrakt som alla kan ställa sig bakom.

## Diskussion

Health is not integration. Health is the ability to stand in the spaces between realities without losing any of them. This is what I believe self-acceptance means and what creativity is all about- the capacity to feel like one self while being many.

-Philip Bromberg

Frågan om hur man kan se på dissociation som för mig hade sin startpunkt i en frustrerande handledningssituation, har visat sig sysselsätta ett stort antal kliniker och teoretiker, men fortsätter ändå i den psykoanalytiska teoribildningen att vara höljt i ett dunkel av oklarheter och motsägelser. De flesta senare författare använder sig i mycket liten utsträckning av psykoanalytisk teori och vänder sig istället mot andra teoretiska inriktningar (Berman, 1981). Jag tror att det beror på att den psykoanalytiska teorins huvudfåra varit otillräcklig vad gäller att förstå dissociationsfenomenet. I andra avseenden är psykoanalytisk teori en stor hjälp i patientarbetet men här täcker den inte upp mina kliniska erfarenheter. Under min litteraturgenomgång har det ibland varit svårt att förstå vad författarna menar med olika begrepp eftersom de ibland används överlappande. Vissa (Freud, Breuer, Kernberg, Goldberg) använder splitting och dissociation som liktydiga begrepp, vilket andra anser att de inte är. Splitting är ett utvecklat borderlineförsvar, medan dissociation är en presymbolisk neurologisk flyktmekanism (Rössel, 2007). Enligt Bromberg (1991) handlar dissociation om kommunikation av icke-symboliserade upplevelser. När en upplevelse dissocieras så tillskapas en mening till detta, vilket sker på en symbolisk nivå. Problemen man haft i den psykoanalytiska huvudfåran är att när man har försökt förklara dissociation symboliskt så hamnar man i splitting vilket jag anser leder till svårigheter att förstå patientens problematik. För en person som använder sig av försvaret splitting är det omgivningen som ter sig olika på oförenliga sätt. Dissocierade

upplevelser är inte omedvetna i vanlig bemärkelse utan snarare ”frusna ögonblick”. Den psykoanalytiska relationen handlar om att brygga över klyftan mellan dissocierade självaspekter och skapa ett dyadiskt upplevelsefält som är både ”innanför” och ”utanför”. En hjälp för att förstå detta har varit begreppen horisontell och vertikal split i den psykiska strukturen (Kohut, 1971; Goldberg, 1999; Grotstein, 1994). Horisontell split skapar en barriär mellan medvetet och omedvetet material. Den vertikala spliten syftar på medvetna men sinsemellan oförenliga psykologiska förhållningssätt som existerar sida vid sida men är helt åtskilda från varandra. Medan horisontell split handlar om bortträngning är den vertikala spliten ett resultat av en misslyckad integration av självet. Personligheten klyvs i delar som existerar parallellt (Goldberg, 1999). Den vertikala spliten sker alltid tidigt i barnets utveckling och man har funnit att den föregåtts av svåra och vanligen upprepade trauman. Goldberg (1999) skriver om vertikal split som ett kontinuum från dissociativa fenomen, narcissistisk personlighetsstörning, narcissistisk beteendestörning till dissociativ identitetsstörning. Förklaringen till varför den vertikala spliten uppstår är att den var nödvändig för överlevnaden dvs försvar på ”fight/flight/freeze”-nivå.

En av de faktorer som anses skydda personer som utsätts för övergrepp mot att utveckla tex dissociativa störningar är anknytningsrelationen. En trygg anknytningsrelation mildrar effekterna av traumat genom att barnet förväntar sig ett positivt bemötande och internaliserar förälderns sätt att hantera situationer enligt Bowlbys teorier. Barn med trygga anknytningsrelationer har en större mentaliseringsförmåga (ungefärlig betydelse: självreflektion/ empati/ insikt) och ett större ordförråd för att beskriva känslor som kärlek, hat, äckel och ilska (van der Kolk, 2007; Bateman & Fonagy, 2004; Allen & Fonagy, 2006). Otryggt anknutna barn lär sig oftare ignorera det de känner eller vad de upplever, dvs framkalla dissociativa tillstånd. De går direkt från skrämmande upplevelser till ”fight/flight/freeze”-tillstånd och ”numbing” utan att kunna lära sig någonting om det de är med om. Detta leder till att intryck som påminner dem tillräckligt starkt om traumat (kroppstillstånd, känslor, bilder, ljud osv) kan få dem att bete sig som om de återupplevde traumat om igen (flash-backs). Fonagy (2002) lägger ett anknytningsperspektiv på dissociation. Han hänvisar till forskning som visar att anknytningsmönster går vidare genom generationerna. De personer som har dissociation som försvar finner man ofta i kategorin disorganiserat/kaotiskt anknytningsmönster. Deras föräldrar har ofta även de ett disorganiserat/kaotiskt anknytningsmönster som får dem att på ett oberäkneligt vis bete sig ömsom attackerande och ömsom kärleksfullt. Fonagy lyfter med detta fram det sociala arvet som en viktig faktor i att förstå dessa patienter. Barnet kan då inte skapa sig

en inre modell av att vara förstådd av föräldern och lever i en ständig osäkerhet kring vad de kan förvänta sig. Barnet utvecklar inte tillräcklig reflekterande kapacitet som kan hjälpa det att integrera upplevelserna. Dissociation är helt enkelt motsatsen till mentalisering.

Mollon (1996) betonar att det även hos dissociierande patienter finns många inslag av en fantiserad verklighet som ifrågasätts av andra alterpersonligheter. Det är därför viktigt att ha en öppet undersökande terapeutisk hållning där terapeuten aktar sig för att ha en åsikt kring vad som är verklighet och inte. Patienters följsamhet gentemot terapeutens synsätt kan bli förödande för dessa patienter genom att de blir återtraumatiserade av sina terapeuter om och när de tolkar och förutsätter tolkningsföreträde. Bortträngning är relaterat till inre mentalt innehåll, medan dissociation är relaterat till trauman som är kopplade till yttre händelser. Dissociation är en process genom vilken en traumatisk upplevelse, som är för överstimulerande för att bearbetas och trängas bort genom de vanliga kanalerna, skärs av och etableras som ett separat psykiskt tillstånd inom personligheten, och därmed skapas två (eller flera) jagtillstånd som alternerar i medvetandet. Bortträngning däremot är en aktiv process där jaget uppnår kontroll över konfliktfyllt material genom att avvisa det. Den aktuella traumaforskningen talar om komplex PTSD (posttraumatiskt stress-syndrom)(van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2007) och komplexa trauman. En ledande europeisk forskargrupp talar om strukturell dissociation av personligheten som växlar mellan ”Apparently normal parts (ANP)” och ”Emotional Parts (EP)”( van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K., 2006). DID ser utifrån deras forskning ut att vara en logisk utveckling av dissociation efter ett trauma.

Alterpersonligheterna som personen skapar kan anta vilken skepnad som helst, något som kan verka förbryllande. Mollon (2002) skriver att dessa tycks skapade under inflytande av en dröm- eller transliknande logik. Om man tänker sig att personen befinner sig i ett tillstånd av affekt, så kan den skapa de alterpersonligheter den har behov av: en inre hjälpare, en som uthärdar smärta, en som är hypersensitiv för faror, en förförisk person som utövar kontroll över förövarna. Det ligger i linje med vad jag tänkt om de alterpersonligheter jag har mött; att de representerar ett försvar, representerar ett affekttillstånd, skyddar det sanna självet från ett farligt introjekt eller utövar någon särskild förmåga. Man skulle lätt tro att värdpersonligheten representerar det sanna självet, men så är inte fallet (Smith, 1989). Det är inte heller det sanna självet som är målet för integrationen, utan kan ses mer som en metafor för en möjlighet att uttrycka en innersta kärna.

DeBerry (1989) föreslår en integrativ modell mellan schizoida fenomen och psykiologi vilket skulle innebära ett paradigmskifte för psykiatri och de diagnostiska systemen. Det ligger mer i linje med de vetenskapliga fynden inom neurologiforskningen där man upprepade gånger har replikerat studier som direkt korrelerar med metapsykologiska teorier om psyket. Han förklarar med stöd i metapsykologi, filosofi, neurobiologisk hjärnforskning varför den i USA dominerande jagpsykologiska modellen bör ersättas av en objektrelationsbaserad modell och att denna modell måste inkludera begreppet multipla själv. Enligt DeBerry är schizoida fenomen centrala och fyller ett filosofiskt vacuum när det gäller att förstå vår kultur, våra patienter och därmed vår förmåga att kunna hjälpa dem. Ett vardagligt exempel på splitting av självet som förespråkas av vår kultur är skillnaden mellan vårt yrkessjälv och lekande själv eller privat själv kontra offentligt själv. Teorier om olika själv har utvecklats av kliniker inom objektrelationsskolan: Winnicott, 1965 (sant/falskt själv); Laing, 1969 (autentiskt/inautentiskt själv); Guntrip, 1969 (real/unreal self); Fairbairn, 1954 (libidinöst/antilibidinöst själv) och Deutsch, 1942 (hidden self). Klyvningen mellan olika själv som DeBerry talar om kan vara mer eller mindre medveten. Neurobiologisk forskning har visat att det finns oberoende fungerande enheter som kan vara helt separerade från vårt medvetna språkliga själv. Denna modell motsäger dock inte Freuds andra topografiska modell eller jagpsykologins försvarsmodell. DeBerry hänvisar bl a till neurobiologisk forskning av Gazzaniga (1985) där varje själv förstås som en modul som potentiellt kan ha en egen hierarkisk organisation, med andra ord det-jag-överjag. Förutom de neurobiologiska fynden så hänvisar DeBerry till ett antal observerbara fenomen som stödjer teorin om multipla själv: förändrade medvetandetilstånd t ex hypnos, drömmar, ockulta upplevelser, drogupplevelser och kliniska observationer t ex dissociativa fenomen. DeBerry drar slutsatsen att dessa är underdiagnostiserade pga den rådande teoretiska bias som finns för jagpsykiologi.

Man har inom neurobiologisk forskning och anknytningsforskningen gjort fynd som är relevanta för att förstå traumatisering. Man har tex hos barn som tidigt varit utsatta för misshandel och vanvård funnit att den neurologiska aktiviteten mellan hjärnhalvorna hämmas. Genom att skapa sammanhängande berättelser så ökar den neurologiska kommunikationen mellan hjärnhalvorna, t ex genom samtalsterapi (Siegel, 2003). Janets slutsatser verkar alltså få stöd i dagens neuroforskning. Solms & Turnbull (2005) berättar om en tvärvetenskaplig disciplin, kallad neuropsykoanalys som under 2000-talet börjat växa fram i USA och Europa. Det handlar i grova drag om att neurovetenskapen kommit så långt att man behöver psykoanalysens kunskaper om metapsykologi för att undersöka t ex känslornas och självupplevelsens

betydelse, medan psykoanalysen kan verifiera delar av teoribildningen med hjälp av neurovetenskapen och därmed för första gången pröva den psykoanalytiska teoribildningen på annat sätt än det kliniska. När Freud 1923 reviderade sin teori genom att påstå att stora delar av jaget var omedvetet, var detta kontroversiellt men är idag en sanning som även neurovetenskapen kommit fram till. Hos patienter med tidiga trauman kan man med PET-kamera se en tydlig minskning av neuron i de delar av hjärnan som är involverade i den inkodning av självbiografiska minnen som gör dem åtkomliga för medvetandet. Detta tillsammans med att frontalloben som är aktiv vid bortträngning inte är utvecklad hos små barn kan leda till hypotesen att bortträngning som försvar inte är tillgänglig i tidig ålder och att starka trauman istället leder till dissociation.

Om det självbiografiska minnet pga traumatiska upplevelser inte är intakt utan har klyvts en eller flera gånger, följer varje jagtillstånd sin egen utvecklingslinje eller stannar kvar i en fixering av ett trauma. Det jag tänker händer i en psykoterapi är att man hjälper de olika jagtillstånden att komma vidare från sin fixeringspunkt och komma ikapp i utvecklingen eller lösa upp konflikten eller den traumatiska ångesten. Vidare så skapar man nya kopplingar mellan jagtillstånden genom att hjälpa patienten att bli medveten om de andra jagtillstånden och uppmuntra samarbetet mellan dem.

Många dissociativa patienter har naturligtvis uppfattats och diagnostiserats som psykotiska och/ eller schizofrena. Ett försök att beskriva skillnaden mellan dessa tillstånd har gjorts av Mollon (2002): Det finns förstås många likheter mellan dessa patienter, men den avgörande skillnaden är att DID-patienter inte har bisarra vanföreställningar, och att rösthallucinationerna endast är röster tillhörande deras alterpersonligheter. Read, van Os, Morrison och Ross (2005) har gått igenom förekommande forskning som handlar om barndomstrauman relaterat till psykoser och schizofreni. De skriver att vissa psykotiska hallucinationer tycks vara minnen av traumatiska upplevelser i form av flashbacks. I en studie av patienter som fått en schizofrenidiagnos som hör röster fann man ett samband mellan graden av trauman och rösthallucinos. Vissa patienter kunde inte skilja mellan inre och yttre upplevelser och trodde att tidigare upplevda trauman (inkl ljud-lukt- och smärtupplevelser) skedde i nuet. En förklaring till att man kan återuppleva trauman utan att veta om vad man har varit utsatt för, är att upprepade trauman som inte går att undvika leder till skador på hippocampus, som är central för lagringen av minnen. En vanlig konsekvens av barndomstrauman är överkänslighet för stress och hot, vilket medför att minsta påminnelse om traumat framkallar kraftiga reaktioner.

Paranoida vanföreställningar hos patienter som utsatts för svåra trauman kan betraktas som ett försök att förstå sina flashbacks. Vad som kan se ut som en vanföreställning är i själva verket en flashbackupplevelse. Det jag uppfattar som författarnas budskap är att vare sig patienterna får diagnosen PTSD, DID eller schizofreni, så är det intressanta att de symptom traumat orsakar kan förklaras utifrån olika förklaringsmodeller.

Jag kan på flera sätt förstå författares iver att få skriva om en behandling med en person med dissociativ problematik. Det är oerhört fascinerande att möta detta för första gången samtidigt som det ofta väcker en stark misstro från andra som inte är bekanta med fenomenet. Goodwin (Kluft & Fine, 1985) skriver en artikel om varför DID-patienter har svårt att bli trodda även av professionella behandlare. Mycket av det dessa patienter har varit med om ligger utanför vår föreställningsvärld och påverkar oss starkt. Vi har helt enkelt behov av att värja oss mot att detta kan ske i vår omvärld. Dessa patienter kan också linda in sin berättelse på ett sådant sätt att vi luras att avvärja den. Motöverföringarna har förstås en viktig del i detta. Dalenberg (2002) ägnar en hel bok åt olika aspekter av motöverföringen i arbetet med traumatiserade patienter. En aktuell fråga är förstås hur terapeuten hanterar sina tvivel på om det patienten berättar är sant eller inte. Dalenberg hänvisar till flera forskningsrapporter som visar att terapeuters överdrivna misstro mot patienternas berättelser är ett långt större problem än entusiastisk överinvolvering. En aspekt av säkerhet i traumaterapi är kopplad till hur terapeuten använder sina motöverföringsreaktioner i förhållande till patienten (Dalenberg, 2002). Författaren anser det inte vara möjligt att undvika att avslöja dessa för traumatiserade patienter som har utvecklat en hög grad av känslighet när det gäller att uppfatta känslor och stämningens lägen hos omgivningen. Herman (1997) ger en historisk överblick från familjevåld till politisk terror, och påminner om att i vår civiliserade värld där vår syn på barn som de vi skyddar mest, är en ganska senkommen företeelse.

## **Sammanfattande kommentarer**

En reflektion jag gjort efter att ha läst många olika författares synpunkter om dissociation är att man från flera olika håll kommit fram till samma slutsatser. För att åstadkomma en lyckad terapi behöver terapeuten förhandla demokratiskt med alla alterpersonligheter och man behöver hjälpa patienten med stabilisering och säkerhet och med att reglera hastigheten i avtäckandet av trauman. Kluft (1997) betonar svårigheterna och risken för att patienten återtraumatiseras vid bearbetningen av tidiga trauman, men anser ändå en genomgång av traumatiska

minnen som nödvändig för integrationsarbetet. Trauma och dissociation är ett område där det pågår ett integrationsarbete mellan olika vetenskaper och skolbildningar. Anledningen till detta är patientens bästa och betyder inte att terapeuten behöver ge upp sin teoretiska grund. Schwartz (2000) som själv är företrädare för relationell psykoanalys skriver att alla terapiinriktningar behöver befrukta varandra på detta område så att patienters respektive terapeuters olikheter snarare än teoretisk fundamentalism tillåts styra behandlingen.

## Referenslista

- Allen, J. & Fonagy, P. (2006) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Bateman, A & Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Berman, E. (1981) Multiple Personality: Psychoanalytic perspectives. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 283-300.
- Bion, W.R. (1987) *On hallucination ur Second Thoughts*. Exeter: A.Wheaton & Co. Ltd.
- Bliss, E.L. (1988) A Reexamination of Freuds basic Concepts from studies of Multiple Personality Disorder. *Dissociation, vol 1, No 3, September 1988*.
- Bromberg, P. (1995) A rose by other name: Commentary on Lerner's "Treatment issues in a case of possible multiple personality disorder". *Psychoanalytic psychology*, 12(1), 143-149.
- Bromberg, P.M. (1991) On knowing one's patient inside out: the aesthetics of unconscious communication. *Psychoanalytic Dialogues 1(4)*: 399-422
- Bromberg, P.M. (1993) Shadow and substance. A relational perspective on clinical process. *Psychoanalytic Psychology 10(2)* 147-168
- Chu, J. (1998) *Rebuilding Shattered Lives. The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorder*. Canada, John Wiley & Sons, Inc.
- Dalenberg, C.J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- DeBerry, S. (1989). Schizoid Phenomena, psychobiology, and psychiatric paradigms: A proposed integrative model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, vol 19, No 2, 81-107 June 1989*.
- Ellenberger, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious: the History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York, Basic Books.
- Fairbairn Birtles, E. & Scharff, D.E. (1994) *From instinct to self: Selected papers of W.R.D. Fairbairn*. North Vale, New Jersey, Jason Aronson Inc.
- Fhanér, S. (1989). *Psykoanalytiskt lexikon*. Oslo, Norstedts förlag.
- Fonagy, P. (2002) Multiple voices versus meta-cognition: an attachment theory perspective. Ur Sinason, V. /Ed/ (2002) *Attachment, Trauma and Multiplicity. Working with Dissociative Identity Disorder*. Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Freud, S. (1893) *Samlade skrifter, vol III Tidiga skrifter. Preliminär kommunikation mellan Freud och Breuer*.
- Glover, E. (1956) On the early development of mind. The concept of dissociation. *Selected Papers on Psychoanalysis, vol 1*.
- Goldberg, A. (1999). *Being of two Minds: The vertical split in psychoanalysis and psychotherapy*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Grotstein, J.S. (1994) *Fairbairn and the origins of object relations*. New York: The Guilford Press.

- Herman, J.L. (1997) *Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror*. London: Basic Books.
- International Society for Study of Dissociation. (2005) Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(4), 69-149.
- Kluft, R. /Ed/ (1985) *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Kluft, R. (1997) On the treatment of traumatic memories of DID patients: always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation*, vol.X, No 2, June 1997.
- Kluft, R. (1999) An overview of the Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, vol 53, No. 3, summer 1999.
- Kluft, R. & Fine, C. /Eds/ (1993) *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Press, Inc.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973) *The language of psychoanalysis*. London: Karnac Books
- Lerner, P. (1994) Treatment issues in a case of possible personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 403-417.
- Lerner, P. & Lerner, H. (1996) Further notes on a case of possible multiple personality disorder.: Masochism, omnipotence, and entitlement. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 403-417.
- Marmer, S.S. (1980) Psychoanalysis of multiple personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 61,439-459.
- Masson, J.M. (1984) *The assault on truth. The suppression of the seduction theory*. United States of America: Basic Books Inc.
- McWilliams, N. (2003) *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Finland: The Guilford Press.
- Mollon, Ph. (1996) *Multiple Selves, Multiple Voices. Working With Trauma, Violation and Dissociation*. Chichester, New York: John Wiley & Sons.
- Mollon, Ph. (2002) Dark dimensions of multiple personality. Ur Sinason, V. /Ed/ (2002) *Attachment, Trauma and Multiplicity. Working with Dissociative Identity Disorder*. Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Putnam, F. (1989) *Diagnosis & Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York & London: The Guilford Press
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112: 330-350.
- Rössel, R (2007). "Personligt meddelande".
- Schreiber, F.R. (1975) *Sybil*. Avesta: Lindqvist Förlag AB.
- Schwartz, H. (1994) From dissociation to negotiation: A relational psychoanalytic perspective on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 189-231.
- Schwartz, H. (2000) *Dialogues with forgotten voices. Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders*. New York: Basic Books
- Smith, B.L. (1989) Of many minds: A contribution on the dynamics of multiple personality. Ur Fromm, G. & Smith, B.L. (1989) *The Facilitating Environment: Clinical Applications of Winnicott's Theory*. Madison: International Universities Press.
- Solomon, M.F. & Siegel, D.J. (2003) *Healing Trauma. Attachment, mind, body and brain*. New York: Norton.

Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2005) Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias. *Journal of Trauma & Dissociation, Vol 6(3)*.

Sund, O. (2006) Föreläsning om dissociation. Eskilstuna, 9 maj.

Van der Kolk, B.A. (2007) Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. Ännu inte publicerat manuskript utlagt på [www.krisochtraumacentrum.se](http://www.krisochtraumacentrum.se) med anledning av en traumakonferens hösten 2007.

Van der Kolk, B.A. (2006) Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Annals New York Academy of Sciences 1071:277-293*.

van der Kolk, B.A. & van der Hart, O. (1989) Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma. *Am J Psychiatry 146:12*

van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006) *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, Norton