



Institutionen för psykologi

Dissociation

En kvalitativ studie om begreppets användning och användbarhet
inom allmän vuxenpsykiatri

Leonida Tanasic

Tina Vitulin

Psykologexamensuppsats Vt 2011

Handledare: Etzel Cardeña

Tack!

Vi vill rikta ett särskilt tack till våra informanter som tagit sig tid att reflektera och dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Vi hoppas att den här uppsatsen kan vara en inspirationskälla till att fortsätta det engagemang ni visat oss.

Abstract

Dissociation is a term used ambiguously to describe one or several phenomena. Psychologists working in general adult psychiatry in Skåne were interviewed about their understanding and use of the term dissociation in relation to their work with patients. An aim of the study was to describe the use of the term in a clinical context that does not offer specialized trauma treatments. Another aim of the study was pragmatic; to make any tacit knowledge explicit to contribute to discussion between psychologists about dissociation in a clinical context. The material was analyzed thematically. The results show that dissociation is primarily conceptualized as a defense against intolerable stress, taking the form of interpersonal difficulties, lack of integration and alterations in states of consciousness. Dissociation was described as symptoms rather than in terms of the dissociative syndromes. A prominent theme was that dissociation is hard to conceptualize, assess and treat, and that there is a perceived lack of knowledge and a concern about continuous loss of knowledge. A counterbalance to these difficulties is a strong interest in dissociation, and commitment to patients who dissociate. The psychologists described psychodynamic and cognitive behavioural therapy differently regarding treatment possibilities.

Keywords: dissociation, psychologist, treatment, thematic analysis, psychiatry

Sammanfattning

Dissociation är ett begrepp som används mångtydigt för att beteckna ett eller flera fenomen. Psykologer inom vuxen allmänpsykiatri i Skåne intervjuades om deras förståelse och användning av begreppet i relation till deras arbete med patienter. Studien syftade till att undersöka begreppets användning i en klinisk kontext som inte specialiserat sig på traumabehandling. Ansatsen var uttalat pragmatisk; att lyfta eventuell tyst kunskap för att bidra till diskussion mellan psykologer om dissociation i en klinisk kontext. Materialet bearbetades med tematisk analys. Resultatet visar att begreppet dissociation primärt conceptualiseras som ett försvar mot överbelastning och tar sig uttryck i interpersonella svårigheter, bristande integration och förändring i medvetandetillstånd. Dissociation beskrevs på symtomnivå snarare än i termer av de dissociativa syndromen. Ett framträdande tema var att dissociation är svårt att conceptualisera, bedöma och behandla, samt att det finns en upplevd brist på kunskap och en oro för förestående kunskapsförlust. En motvikt till svårigheterna är ett starkt intresse för dissociation, samt engagemang i dissociierande patienter. Psykodynamisk och kognitiv beteendeterapi beskrevs som olika avseende metodernas möjligheter att behandla dissociation.

Nyckelord: dissociation, psykolog, behandling, tematisk analys, psykiatri

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
<i>Introduktion till begreppet dissociation.....</i>	7
<i>Dissociation i en klinisk kontext.....</i>	8
<i>Frågeställning och syfte.....</i>	9
Metod.....	10
<i>Urval.....</i>	10
<i>Rekryteringsprocess av informanter.....</i>	11
<i>Informanterna.....</i>	11
<i>Procedur.....</i>	12
<i>Intervjuförfarandet.....</i>	12
<i>Analysförfarandet.....</i>	13
Teori.....	15
<i>Dissociation kopplat till trauma.....</i>	16
<i>Tillfällig peritraumatisk dissociation.....</i>	16
<i>Gränsen mellan adaptivt och patologiskt.....</i>	17
<i>Långvarig dissociation.....</i>	18
<i>Själv-systemet som mekanism för de dissociativa syndromen.....</i>	19
<i>Anknytning som förklaringsmodell.....</i>	19
<i>Somatoform dissociation.....</i>	20
<i>Dissociation och försvar.....</i>	21
<i>Interpersonella försvar som dissociation.....</i>	22
<i>Den psykodynamiska teorin om försvarsmekanismer.....</i>	22
<i>Dissociation som försvarsmekanism.....</i>	23
<i>Dissociation förväxlat med andra försvarsmekanismer.....</i>	23
<i>Samvariation.....</i>	24
<i>Psykotiska tillstånd.....</i>	24
<i>Andra tillstånd.....</i>	25
<i>Behandling av dissociation.....</i>	26
<i>Evidensstatus i behandling.....</i>	26
<i>Fas ett: Relation före allt annat.....</i>	26
<i>Patientens inre trygghet.....</i>	27
<i>Att skapa trygghet i den terapeutiska relationen.....</i>	28

<i>Överföring och motöverföring</i>	28
<i>Fas två: Bearbetning och integration av dissocierat material</i>	29
<i>Skepsis</i>	30
Resultat.....	30
<i>Psykologens användning av dissociation som begrepp</i>	31
1. <i>Dissociation som försvar</i>	31
2. <i>Dissociation och relation</i>	35
3. <i>Bristande integration</i>	37
4. <i>Förändring i medvetandetillstånd</i>	38
5. <i>Behandling och effekt av behandling</i>	40
6. <i>Uppfattningar om förekomst</i>	47
7. <i>Bedömning</i>	49
<i>Psykologens förhållningssätt till dissociation</i>	54
1. <i>Dissociation väcker känslor</i>	54
2. <i>Tankar om kunskap</i>	56
3. <i>Arbetsplatsen</i>	57
4. <i>Omsorg om patienten</i>	58
5. <i>Metoder</i>	59
Diskussion.....	61
<i>Resultatdiskussion</i>	61
<i>Metod och validitet</i>	65
<i>Trovärdighetskriterier och tillräcklighet i tolkning</i>	66
<i>Subjektivitet</i>	67
<i>Kontext och kultur</i>	68
<i>Tillräcklighet i data</i>	69
<i>Generaliserbarhet</i>	69
<i>Etik</i>	70
<i>Framtida forskning</i>	71
Referenser.....	72
Bilaga 1 – Inbjudningsbrev.....	76
Bilaga 2 – Resultatet i bild.....	77
Bilaga 3 – Intervjuguiden.....	79

Inledning

Fenomenet dissociation uppmärksammades och började utforskas redan på 1800-talet (Gerge, 2010). Forskningen kan än idag sägas vara långt ifrån enig kring vad begreppet dissociation står för. Det har gjorts ett större antal forskningsmässiga ansatser att förstå och förklara företeelsen, med olika kontext i fokus och därmed olika resultat. Vi inleder med att kortfattat presentera begreppet och dess bredd, tätt följt av resonemanget till studiens frågeställning och syfte samt studiens metod. En mer ingående översikt över forskningsläget på dissociation de senaste tjugo åren presenteras efter metoden och innan resultaten.

Introduktion till begreppet dissociation

Det med stor marginal mest utforskade området kring dissociation är kopplingarna mellan dissociation och traumatiska upplevelser. Annan forskning kring dissociation som inte lika uttalat gör kopplingar till trauma är de fall dissociation konceptualiseras som en *förändring i medvetandetillstånd*. Som förändrat medvetandetillstånd ses dissociation som en frikoppling av delar av självet, kroppen eller omgivningen från upplevandet (benämns på eng. *detachment*). Dessa förändringar beskrivs som flytande tillstånd som snabbt kan förändras i respons på inre och yttre signaler, och graderas ofta längs ett kontinuum från normal till patologisk. Alltså betraktas de inte alltid som patologiska, till skillnad från bristande integration, oftast till följd av dissociation vid trauma (benämns på eng. *compartmentalization*). Slutligen finns det även aspekter av dissociation som betraktas som en *förmåga*, exempelvis i vissa kulturer sanktionerad förmåga till transtillstånd (Cardeña, von Duijl, Weiner & Terhune, 2009). Från perspektivet dissociation som förmåga undersöks även sambandet mellan förmågan att dissociera och absorption, ett rikt fantasiliv samt ökad förmåga att ta emot och använda sig av suggestion och hypnos (Levin & Spei, 2003). Denna förmåga förstås som en del av en kognitiv stil, som samvarierar med en hög grad av öppenhet.

Beroende på om dissociation undersöks som adaptiv, normal eller patologisk fokuseras olika aspekter av ovanstående synsätt som även ofta kombineras med varandra. En nyare konceptualisering av begreppet dissociation som söker inbegripa samtliga ovan nämnda aspekter beskriver dissociation som en upplevd förlust av information eller kontroll över mentala processer som normalt skulle vara tillgängliga för medvetandet, ställt i relation till personens ålder och kognitiva förmåga (Cardeña & Carlson, 2011).

Dissociation som ett fenomen ses av vissa forskare löpa över ett kontinuum, från normal till patologisk, men det finns även de som anser att de aspekter av dissociation som

vanligtvis återfinns vid patologisk dissociation inte bara är av större grad, men även av en annan art än de som återfinns vid normal dissociation (Brown, 2006).

Dissociation i en klinisk kontext. De diagnostiska systemen DSM-IV och ICD-10 innehåller kapitel med *dissociativa syndrom*. Diagnoser i DSM är dissociativ amnesi, dissociativ fugue, dissociativ identitetsstörning (DID), depersonaliseringssyndrom och dissociativt syndrom UNS, ICD-10 innehåller utöver dessa diagnoser flera somatiska syndrom som klassas som dissociativa. Dissociativa symtom finns även bland kriterierna vid diagnoserna PTSD (posttraumatiskt stressyndrom), akut stressyndrom, BPD/IPS (borderline/emotionellt instabil personlighetsstörning) och paniksyndrom (depersonalisation/derealisation) (APA, 2002). Grovt sammanfattat uppstår, vid allvarligare former av dissociation, brott i funktioner som medvetande, minne, varselblivning och identitet, där minst två identiteter eller personlighetsstillstånd utgör kriteriet för den dissociativa identitetsstörningen.

Att det finns komorbiditet mellan dissociation och andra diagnoser samt att vissa dissociativa uttryck liknar och kan sammanblandas med fenomen vid andra diagnoser, har föranlett att det idag bedrivs en del forskning kring sambandet mellan dissociation och andra syndrom, framförallt psykos (Moskowitz, Schäfer, & Dorhay, 2009b). Vad gäller klinisk kontext har dissociation främst undersökts i dess mest extrema uttryck kopplat till långvariga kumulativa trauma och psykos (Herman, 1992; Moskowitz et al, 2009b). Den kopplingen har varit positiv i att den både bidragit till större acceptans av begreppet dissociation och dess giltighet som fenomen. Att dissociation får en exklusiv koppling till trauma och psykos är dock inte helt oproblematiskt. Vad som utgör ett trauma faller inte nödvändigtvis under de extrema typer av händelser som förknippas med dessa syndrom. Ofta beskrivs de utlösande traumatiska händelserna som speciell typ av händelser; vanvård eller övergrepp från anknytningsperson, rån, våldtäkt, tortyr. Ett annat sätt att se på trauma är att trauma definieras utifrån personers individuella förmåga till coping istället för händelsen i sig. Enligt detta synsätt finns det en distinkt möjlighet att dissociativa symtom förekommer även i andra populationer än de angivna. Vidare kan det inte antas att den dissociierande patienten, oavsett orsak, alltid finns inom traumavården eller psykosvården.

Hur många av den svenska psykiatrins patienter som lider av patologisk dissociation är inte undersökt (Gerge, 2010b). Livstidsprevalenssiffror på 29-44,5% av de dissociativa syndromen har diagnostiserats i en slutenvårdspsykiatrisk population (Ross et al, 2002).

Enligt Cardeña (i Gerge, 2010b) kan man lågt räknat anta att ca en tiondel av allmänpsykiatriska patienter lider av någon form av betydande dissociativ symtomatologi.

Ovan angivna prevalensskattningar ger intryck av att dissociativa problem kan stå för en betydande del av problematiken hos patienter inom allmänpsykiatri. Ändå tas dissociation sällan upp utanför den specialiserade traumatiliteraturen och psykologutbildningen erbjöd förhållandevis minimal utbildning i ämnet (tre föreläsningstimmar på fem år). Därtill råder det en viss skepsis kring begreppet och de dissociativa syndromen, framför allt DID (Leonard, Brann & Tiller, 2005).

Det är en intressant fråga hur de psykologer som inte arbetar inom specialiserade verksamheter där dissociation är ett vanligt begrepp, kommer att konceptualisera begreppet. Att undersöka hur många patienter inom den allmänpsykiatriska populationen som har dissociativ problematik är en svår uppgift om vi inte vet hur de kliniskt professionella konceptualiserar dissociation. Det som en behandlare inte konceptualiserar kommer den heller inte att ta med i beräkningarna vid bedömning och behandling. Sättet man konceptualiserar dissociation kommer att påverka hur man förstår problematiken och slutligen behandlar den. De praktiska konsekvenserna av detta hamnar slutligen hos patienten i form av kvaliteten på behandlingen patienten får.

Frågeställning och syfte

Studiens frågeställning är hur psykologer i allmänpsykiatrisk kontext förhåller sig till och använder begreppet dissociation i den kliniska verksamheten. Valet av frågeställning motiveras av begreppets definitionsmässiga bredd och otydlighet, som kan anses stå i kontrast till den täta kopplingen mellan dissociation och trauma eller psykos som görs i klinisk litteratur. Eftersom forskning pekar på en bred användning av begreppet utgör de syndrom som kopplas till dissociation i de diagnostiska systemen av extremformer av vad dissociation kan innebära. Därför är det intressant att undersöka i vilken form dissociation har klinisk relevans. Därtill är det av särskilt intresse att undersöka hur begreppet praktiskt används i en klinisk kontext som inte är specialiserad på trauma eller psykos, där dissociation tycks vara ett väl etablerat begrepp.

Studiens ansats är först och främst deskriptiv, genom att beskriva just psykologers användning av och förhållningssätt till begreppet, är vårt syfte att lyfta eventuell tyst kunskap (Illeris, 2007) och göra den mer explicit och öppen för behandlare att ta del av och utveckla vidare. Vår avsikt är att den kunskap som lyfts genom undersökningen ska bära en kollegialt intressant mening om begreppet dissociation, för oss som blivande psykologer samt för andra

psykologer. Studiens ansats kan ses ur ett pragmatiskt nyttoperspektiv; kunskap som genereras genom beskrivningen av hur psykologer förstår och arbetar med begreppet dissociation kan hjälpa andra kliniker att förstå och hantera den vardag de befinner sig i och i förlängningen hjälpa patienten att hantera och förstå sin vardag.

Studien har även en explorativ ansats, nämligen att undersöka hur begrepp vars definition präglas av den bredd och inkongruens dissociation är behäftat med, används och upplevs av psykologer i en allmänpsykiatrisk kontext.

Slutligen är vårt övergripande syfte att förlängningen bidra till en diskussion om och utveckling av begreppets innebörd i relation till den kliniska användbarheten.

Metod

Utifrån ansatsen att beskriva hur dissociation används som begrepp och upplevs som fenomen av psykologer, valdes den kvalitativa intervjun som metod för studien och motiveras av att metodens främsta ansats är att beskriva intervjuundersökningspersonernas levda värld och utveckla mening ur deras erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2009). Det ligger i ansatsen ingen föreställning om att producera kunskap som är en kopia av verkligheten, snarare strävar vi efter redskap med vilka man hanterar en föränderlig verklighet och som har ett praktiskt värde i det sammanhang vi studerar.

Urval

Urvalet av informanter gjordes kriteriebaserat i relation till undersökningens syfte (Polkinghorne, 2005) och vi sökte efter variationsrikedom i upplevelsen. Därför ingick i urvalet alla psykologer som är verksamma inom vuxen öppenvårdspsykiatri, både inom offentlig och privat verksamhet, oavsett om de arbetade med KBT eller PDT-inriktning. Av praktiska skäl begränsades urvalet geografiskt till verksamheter som bedrivs i Skåne. Då undersökningsfokus var psykologer inom allmänpsykiatrin uteslöts verksamheter som specialiserade sig på trauma eller psykos. Genom att begränsa oss till ett specifikt län kunde vi även försäkra oss om att de eventuella behandlingsriktlinjer som påverkar de olika verksamheter där vi intervjuat skulle vara förhållandevis enhetliga, och därmed påverka alla på samma sätt. Att inte inkludera privatpraktiserande psykologer motiverades av att inte kunna säkerställa att verksamheten som bedrivs motsvarar öppenvårdspsykiatri. Vi vände oss till psykologer oberoende av mängden klinisk erfarenhet de hade av patienter med någon form av dissociativa uttryck, eftersom all information var intressant för studiens syfte, oavsett om den var grundad i teoretiska ställningstaganden, erfarenhet eller personliga tankar och känslor.

Rekryteringsprocess av informanter. Rekryteringen började med kontakt med enhetscheferna för samtliga tretton offentliga öppenvård psykiatriska mottagningar i Skåne samt en privat aktör, som vunnit upphandlingen mot Region Skåne och därmed var den offentligfinansierade aktören inom sitt geografiska område. Att vi initialt valde att kontakta enhetscheferna motiveras av flera aspekter. Dels ville vi från start involvera de personer som fattade beslut om studien kunde utföras på mottagningen, dels antog vi att mail som vidarebefordrats av enhetschefen hade en större chans att bli öppnade och lästa jämfört med mail skickade av okända studenter och dels så saknade hemsidorna information om psykologerna på mottagningarna, medan kontaktuppgifter för enhetscheferna fanns tillgängliga. Enhetscheferna kontaktades per telefon och informerades om studien. Vidare skickades information och förfrågan om informanter per mail, med överenskommelsen om att denna skulle vidarebefordras till alla psykologer inom respektive enhet. Eftersom det inte är offentligt vilka psykologer som arbetar på de olika mottagningarna, saknade vi även kunskap om hur många psykologer som arbetar på de olika mottagningarna. Tre personer anmälde sitt intresse i respons på inbjudan. Två veckor senare skickades påminnelser i brevformat. Ingen påminnelse skickades till de tre mottagningar från vilka psykologer redan anmält sig. Detta på grund av att det ofta skapas lokala klimat och diskurser på arbetsplatser och vi var intresserade av att få med en eventuell spridning, snarare än fördjupa oss i någon arbetsplatsdiskurs (Langemar, 2008). Ännu en person anmälde sig under den efterföljande veckan i respons på påminnelsen. Vi valde då även att skicka inbjudan till alla tio privata mottagningar i Skåne som beskriver sig som öppenvård psykiatriska. Ännu en vecka senare anmälde sig ytterligare fyra psykologer från offentliga mottagningar i respons på påminnelsen samt en psykolog som arbetar på en av de privata mottagningarna. Denna privata mottagning bedriver psykiatri på uppdrag av Region Skåne. En av de sist anmälda psykologerna kunde inte erbjuda intervju tid förrän flera veckor senare och vi såg oss tvingade att tacka nej till den intervjun. I samband med en intervju anmälde sig en kollega till den intervjuade psykologen spontant. Slutligen gjordes intervjuer med 9 psykologer från mottagningar som antingen drivs av Region Skåne eller som bedriver psykiatri på uppdrag av Region Skåne.

Informanterna. Informanterna hade arbetat som psykologer mellan 1,5 och 35 år. Några hade bara utbildningen till psykolog, andra hade påbyggnadsutbildningar. Informanterna var jämt fördelade när det gäller kön. Det förelåg en spridning i etnicitet, större/mindre stad och variation i typ av tidigare arbetsplatser. Information om sexuell identitet framkom inte.

Procedur

Intervjuerna syftade till att både täcka av informanternas upplevelse av begreppet dissociation samt upplevelsen av fenomenet dissociation hos de patienter de möter. Utifrån riktlinjerna i Kvale och Brinkman (2009) för fokusering av en forskningsintervju som vare sig nondirektiv eller standardiserad, bestämdes intervjuens basstruktur till två områden, bestående av en mer abstrakt del om dissociation som begrepp, och en mer konkret del som innefattade dissociation hos patient och behandling av patienter med dissociation. Intervjuformen var halvstrukturerad då frågor rörande dessa teman hade utarbetats som hållpunkter på vad intervjuerna skulle täcka. Frågorna var inte avsedda att ställas direkt till informanterna, snarare var de avsedda att fungera som stödfrågor för att hjälpa intervjuaren hålla samtalet igång och som checklista vid slutet av intervjun för att se att inga centrala aspekter förbigåtts (se Bilaga 3).

Eftersom varje informant skulle bli intervjuad av en av oss två författare och målsättningen var att utföra lika många intervjuer var, diskuterades risken för eventuella olikheter i känslighet för ämnet och vad det skulle innebära för intervjusituationen (Kvale & Brinkman, 2009). Vi diskuterade möjligheterna att våra förkunskaper i ämnet kunde skapa olika intervjusituationer och redovisade våra förkunskaper för varandra. Med tanke på att intresset för ämnet funnits länge hos båda författarna och båda därmed läst rikligt med litteratur, dock ej samma litteratur, såg vi att det fanns skillnader i vår förståelse, men inte i vår känslighet för ämnet. Vi bedömde att skillnaderna i förståelse kunde leda oss att följa upp olika trådar i intervjuerna, något som kunde bidra till resultatens bredd och djup.

Intervjuförfarandet. Innan intervjun startade och inspelningsapparaten sattes igång påmindes intervjupersonerna kort om att tiden för intervjun var fyrtiofem minuter, om undersökningens syfte, att frågorna skulle komma att rikta in sig på deras subjektiva upplevelse och att vi som intervjuade därför skulle komma att inta en naiv och icke vetande position i ämnet. Vidare informerades intervjupersonerna om inspelning, avidentifiering vid resultatredovisning samt att de när som helst kunde avbryta intervjun. Informanterna informerades även om intervjuens två huvudriktningar, deras förståelse av begreppet dissociation och deras kliniska erfarenhet av dissociation. Även om detta kunde tänkas styra informanternas svar, såg vi det som nödvändigt att göra den styrningen från början utifrån att tiden för intervjun var begränsad. Risken med att inte förbereda informanten på dispositionen var att informanterna endast skulle vara mentalt förberedda på det första temat i förhållande till den tid som fanns, och därmed skulle vi riskera att förlora värdefull information.

Styrningen kunde även vara en fördel i de fall informanterna hade förberett egen struktur på det de ville berätta.

När inspelningen sattes igång startade intervjun med en inledande öppen fråga om informantens associationer till ämnet dissociation. Syftet med att låta frågan vara så öppen var att därmed möjliggöra associationer till det som var informanternas subjektiva förhållande till ämnet och det som är viktigast för informanten (Kvale & Brinkman, 2009). Uppföljningsfrågor ställdes primärt med utgångspunkt i informanternas svar för att vidareutveckla och få klarhet i aspekter av informanternas berättelser. Med fokus på den deskriptiva aspekten av kvalitativ intervju (Kvale & Brinkman, 2009) uppmanades informanterna att ge beskrivningar av sina subjektiva upplevelser och detaljrikedom sökte uppnås med följdfrågor. Samtidigt styrdes intervjun med frågor som ledde informanterna till de områden vi ville undersöka. Ungefär fem minuter före slutet på varje intervju kontrollerade vi i intervjuguiden hur pass de olika områdena var täckta och kompletterade med det som behövdes. De sista frågorna i varje intervju avsåg psykologens utbildningsnivå och antal år arbetade som psykolog. Frågan motiverades av vårt antagande att psykologens förförståelse kommer att påverka hur de ser på dissociation hos patienter och att en av de tydligaste grundstenarna för psykologens förförståelse är utbildning och professionell erfarenhet. Därefter tillfrågades informanterna om det vad något särskilt de ville tillägga eller avsluta med innan den formella intervjun avslutades. Frågan om vi kunde återkomma vid behov och på vilket sätt informanterna skulle föredra att vi återkom ställdes utanför inspelningen. Denna möjlighet att återkomma använde vi oss dock inte av. Vid ett intervjutillfälle fortsatte samtalet mellan informant och intervjuare efter att intervjun formellt avslutades. Vid detta samtal framkom under två tillfällen information relevant för undersökningen. Vid det första tillfället frågade intervjuaren om hon kunde sätta igång bandspelaren igen, vid det andra tillfället skrevs den relevanta informanten ner och samtycke inhämtades för att använda informationen genom att intervjuaren läste upp den nedskrivna sammanfattningen av utsagan till informanten och efterfrågade godkännande att använda det hon hade läst upp.

Analysförfarandet. Intervjuerna transkriberades löpande under intervjufasen. Vi transkriberade varandras intervjuer, med andra ord, vi transkriberade inte det egna materialet. I transkriberingsarbetet använde vi oss av Express Scribe, ett program avsett för att underlätta transkribering. När alla intervjuerna var utförda och transkriberade gick var och en av oss genom sin egen intervju med den andres transkriberade material med syfte att korrigera eventuella fel och fylla i eventuella luckor i transkriberingen. Dessutom var syftet med båda

dessa steg att båda skulle få gedigen översikt och inblick i materialet och därigenom bereda möjlighet för att redan från start kunna närma sig materialet med analysen i fokus.

Därefter gjordes en tematisk analys av det skrivna materialet i enlighet med metodens definition och riktlinjer av Braun och Clarke (2006). Tematisk analys innebär i korthet att insamlat kvalitativt material sorteras, antingen inom varje item för sig eller över hela datasetet, i termer av meningsbärande teman. Teman finns inte inneboende i materialet i sig, utan är resultatet av den uttolkning som forskarna gör av materialets möjliga innebörder utifrån sina frågeställningar. Riktlinjerna för att kvalitetssäkra resultaten (Braun & Clarke, 2006) tas upp i metoddiskussionen. Valet av analysmetod föll på tematisk analys för att den, till skillnad från andra metoder inte är bunden till någon epistemologi. Därtill lämpar den sig enligt Braun och Clarke (2006) väl för den kontextualistiska positionen där kunskap söks om hur individen skapar mening av sin erfarenhet samtidigt som den meningen är påverkad av den breda sociala kontexten och erkänner den materiella verklighetens gränser, vilket väl beskriver även den epistemologiska positioneringen av denna studie. Vidare motiveras valet av att metoden är relativt okomplicerad, varför den inte är så tidskrävande som andra metoder och lämpar sig därmed väl för en examensuppsats.

Datakroppen utgjordes av tio items bestående av de nio intervjuerna som transkriberats samt nedtecknad information som framkommit efter en intervju, med informantens medgivande om att den kunde användas som material. Att göra en rik tematisk analys där teman letas över hela datasetet motiveras av studiens öppna frågeställning. Det som ska utgöra ett tema bestämdes till att innehållsmässigt vara grundat i materialet och beröra vår frågeställning, det vill säga användning eller förhållningssätt.

Hela materialet lästes först genom en gång. Under första genomläsningen gjordes även anteckningar i marginalen med uppslag till hur data kunde tänkas kopplas samman i innebörd. Vid andra genomläsningen märktes datasetet ut genom att allt som var relaterat till ämnet dissociation ströks under med markeringspenna. Anteckningarna från items jämfördes och användes till en grov gruppering av de tydligaste semantiska temana som utgjordes av: samvariation med och gränsdragning från andra fenomen, teoretiska referenser, konceptualisering av begreppet, behandling, effekt av behandling, erfarenhet och arbetsplatsfaktorer. Extrakt drogs ut ur materialet och placerades in i de olika grupperna på grundval av att de motsvarade gruppens tema, till exempel ett citat på temat behandling, utan att vi närmare tittade på exakt vad som sades om behandling. Denna fas var färdig när hela materialet var indelat i grupperna. En del material visade sig möjlig att sortera in i flera grupper, vilket gjordes, i enlighet med Braun och Clarke (2006). Nästa steg var att söka efter

mönster i de större grupperna. I takt med att extrakten kunde placeras i semantiska mönster, visade det sig att vissa mönster var gruppöverskridande och passade in på citat som fanns i andra grupperingar. På så vis korsades den ursprungliga grupperingen som kom att upplösas. Det semantiska grupperingsarbetet fortgick tills allt material var indelat. I nästa fas söktes samband mellan grupper för att dela in dem i övergripande teman. Allt i materialet som på något sätt berörde dissociation grupperades och placerades ut i större teman. Teman skapades och skapades om tills hela materialet var indelat i teman och underteman.

Så långt har vi beskrivit den datadrivna delen av den tematiska analysen. Att säga att mönstersökningen har varit datadriven är något komplicerat i ljuset av studiens design och bör ägnas några ord. Datadrivna grupperingar skapas induktivt från det råa materialet, de hittas genom orden och syntaxen i det råa materialet (Boyatzis, 1998), vilket också var förfaringssättet i studien. Det som har komplicerat saken är givetvis den förförståelse som båda vi som analyserade materialet hade i ämnet. Formellt kan vi säga att analysen var datadriven, då vi under hela analysförfarandet gjort största ansträngningar för att låta kodningen vara baserad på materialet och inte låta vår förförståelse påverka den. I den sista fasen av att prova ut teman mot hela datasetet, göra de sista placeringarna av mönster och slutligen bestämma nivåerna och presentation gjorde vi den sista indelningen av temana teoretiskt och pragmatiskt drivna. De sista justeringarna tillsammans med namngivning av teman handlade om presentation av resultatet, och beslutet föll på att presentera resultatet på ett sätt som är läsarvänligt och erbjuder en röd tråd i presentationen av psykologens förfaringssätt och förhållningssätt i relation till dissociation. Detta förändrade inte meningen av temana och har stöd i Braun och Clarke (2006) som menar att det som räknas som giltig presentation motiveras av den teoretiska och analytiska approachen till ämnet.

Inom tematisk analys av ett dataset utgör gränsen för ett tema att det är meningsbärande, det spelar ingen roll hur många av informanterna som uttrycker sig på liknande sätt, däremot är det av vikt att de motsättningar som framkommer inom ett dataset redovisas. Därför anger vi de tillfällen den semantiska analysen visar motsättningar inom ett tema genom att beskriva dessa i termer av kontrasterande uppfattningar. När endast en informant tar upp information av hög relevans redovisas detta i resultat. Detta för att en enstaka informants tema i relation till de övrigas tystnad också utgör en kontrast.

Teori

Begreppet dissociation har en lång historia. Denna studie förhåller sig till teori från de senaste 20 åren. En heltäckande teoriöversikt av begreppet dissociation över denna tidsperiod skulle

kräva betydligt fler sidor än vad som är lämpligt för denna studie. Därför är den teoretiska fördjupningen gjord så att den speglar resultatet och de mest dominanta temana. Den teori som tas upp gäller därför primärt patologisk dissociation, även om det finns ett flertal forskare som tar fasta på dissociation som normal och/eller adaptiv företeelse (t ex Cardeña, 1994; Levin & Spei, 2003). Teori som kommer att tas upp är dissociation kopplat till trauma och anknytning, och de försvarsperspektiv på dissociation som sammankopplas med dessa. Vidare teori som tas upp är gränsdragningar som görs eller inte görs mellan dissociation och psykos respektive dissociation och somatiska uttryck som konversioner. Slutligen tas de dissociativa syndromen upp, vilka belyses i relation till behandling och till den skepsis som finns mot diagnoserna.

Dissociation kopplat till trauma

Den klart dominerande forskning om dissociation är den som kopplar dissociation till trauma. Dissociation antingen utlöses i stunden och är övergående eller lärs in som en mekanism som skyddar psyket och befästs sedan som mönster i personens fungerande. Här avses peritraumatisk dissociation (dvs. dissociation i samband med pågående trauma), dissociativt undvikande av minnen av tidigare upplevda trauman eller en kombination av båda. Resultat av långvarigt trauma kopplas även ihop med *avspjälkning* och *brist på integration* av delar av personens psyke/minne/beteende som normalt skulle vara en integrerad del av medvetandet. Detta ses som mer bestående isärhållande av olika delar av personens upplevande, vilket ses som patologiskt och som förklaringen till några av de dissociativa syndromen i DSM IV.

De flesta teoretiker tycks ense om att gränsen mellan normal/adaptiv dissociation och patologisk dissociation i relation till trauma har att göra med hur länge dissociationen pågår. En naturlig uppdelning blir därför att behandla peritraumatisk dissociation och mer stabil dissociation för sig.

Tillfällig peritraumatisk dissociation. Dissociation beskrivs frekvent som ett tillstånd kopplat just till situationer som är alltför akut hotande och belastande för att personens vanliga strategier att hantera situationen ska räcka till och kan då ses som en adaptiv respons som möjligen är biologiskt grundad (Gerge, 2010a, 2010b). Dissociativa symtom under ett pågående trauma är erkänt vanliga och innefattar vanligen avtrubning av känslor och en avsmalning i vilka stimuli som tas in (Gerge, 2010a; Herman, 1992). Peritraumatisk dissociation förstås antingen som ett adaptivt skydd, eller en risk för att utveckla psykopatologi, främst PTSD.

Personer som uppvisar peritraumatisk dissociation utvecklar oftare PTSD än de som inte dissocierar under pågående trauma. Detta har tagits för ett kausalt samband, d.v.s. att dissociationen skapar en risk för att utveckla PTSD, eftersom bortdissocierade känslor och minnen inte bearbetas. Det finns dock studier som pekar mot att risken för att utveckla PTSD inte är beroende av peritraumatisk dissociation, utan av det undvikande som personen håller fast vid efter traumat (Marx & Sloan, 2005). Vissa forskare har även pekat ut en koppling mellan panik och dissociation; många personer uppvisar panik under ett trauma och panik och hyperarousal förändrar perception och medvetandet. Dessa forskare betraktar hyperarousal och inte dissociationen som länken mellan trauma och psykopatologi (Bryant, 2009). Ett flertal metastudier stödjer dock hypotesen om att peritraumatisk dissociation samvarierar med utvecklandet av PTSD, men att den kausala länken enbart kan anses stärkt i de fall då dissociationen håller i sig bortom tiden för själva traumat (Cardeña & Carlson, 2011).

Att dissociera i en akut belastande situation där andra möjligheter till hantering saknas uppfattas av många som en adaptiv försvarsmekanism/skydd. Genom att personens medvetandefält smalnar av skyddas personen från medvetenhet om den fulla vidden av hotet och upplever därmed inte samma nivåer av rädsla i situationen som han/hon annars skulle gjort (Beere, 2009). Forskning på huruvida denna minskade rädsla även åtföljs av låg arousal är oenig. Kopplingen mellan dissociation och biologiska freezeresponser vid hot har gjorts av bland andra LeDoux (1996). Människan som djur anses reagera på rovdjur i likhet med andra däggdjur – genom freeze som är en slags hypervaksamhet eller total underkastelse. Freeze-responsen ökar överlevnadschanser genom att eliminera rörelsetriggers som leder rovdjuret att upptäcka bytet genom att det aktiverar attackresponsen. Freezing karaktäriseras av total stillhet på utsidan, men det parasympatiska systemet är totalt aktiverat och på insidan är frekvensen på puls, andning och hjärtslag höga, musklerna är spända och organismen är redo att explodera i fight eller flight. Total underkastelse är den absolut sista utvägen, kroppen visar inte de ovan beskrivna reaktioner utan slappnar av och utsöndrar smärtlindrande hormoner (Howell, 2005).

Gränsen mellan adaptivt och patologiskt. Diskussioner förs mellan vad som är en adaptiv användning av dissociation i en situation där andra möjligheter till skydd saknas, och vad som är en överanvändning av en strategi som riskerar att permanentas och därmed utgör en orsak till senare psykopatologi i lika hög utsträckning som traumat i sig. De flesta tycks vara ense om att det inte är dissociationen i sig som utgör en risk för senare psykopatologi, utan ihålligheten i dissociationen. Eftersom det är många som upplever någon form av

dissociation under ett pågående trauma utan senare patologi ses nu tidsrymden som central. De personer som ihållande dissocierar även en längre tid efter ett trauma anses vara de som löper risk att utveckla psykiska problem, enligt logiken att kortvarig dissociation förhindrar inkodning av minnen av traumat, medan långvarig dissociation förhindrar återhämtningen av minnen av traumat och därmed förhindrar bearbetningen av dessa minnen (Bryant, 2009). Waller, Putnam och Carlson (1996) påpekar dock att det tycks som att kontinuumsynen på dissociation inte stämmer. De hävdar istället att patologisk dissociation skiljer sig från normal dissociation i art, snarare än grad, genom att de flesta normaldissociativa fenomen kan förstås som tillfälliga förändringar i medvetande grundade i absorption. Patologisk dissociation kan tydligare kopplas mot amnesi, derealisation, depersonalisation och röstupplevande.

Långvarig dissociation. De personer som bestående utvecklar dissociativa symtom efter en traumatisk händelse särskiljs i teorin från dem som endast dissocierar peritraumatiskt genom att dissociationen nu förhåller sig till upplevda hot som är beroende av triggers till minnen, istället för en aktivt hotande situation. Dissociationen blir en del av personens vardagsfungerande för att hålla undan de smärtsamma upplevelserna och känslorna från medvetandet. Det finns olika teorier för att förklara detta mer bestående dissociativa fungerande, där den strukturella teorin är mest dominerande i dagsläget.

Steele, Van der Hart och Nijenhuis (2009) betraktar dissociation i relation till trauma som en pågående integrativ brist. ”We maintain that trauma-related dissociation is primarily an ongoing integrative deficit that results in a structural dissociation of the personality. Only secondarily is dissociation a psychological defense” (s 240). Forskarna använder sig av begreppen ANP (apparently normal part of the personality) och EP (emotional part of the personality). De understryker vikten av ordet ”apparent”, eftersom en strukturellt dissocierad person större delen av tiden ter sig fungera normalt, vilket inte bör förväxlas med ett genuint normalt fungerande. Ett genuint normalt fungerande omfattar hela personligheten, medan en strukturellt dissocierad person har förlagt aspekter av sitt känsloliv i just en EP, medan ANP saknar dessa aspekter och aktivt undviker påminnelser om dem. Vid några triggers som påminner om traumat/traumana växlar personen över i EP-fungerande. ANP och EP är aspekter av fungerande i en teoretisk modell som inte bör förstås som faktiska delpersonligheter i de flesta fall, hävdar författarna. De delar in strukturell dissociation i primär, sekundär och tertiär dissociation, som anger graden av fragmentering, och därmed även symtomgrad.

Strukturell dissociation är starkt förknippad med erfarenheter av kumulativa trauman orsakade av interpersonellt våld, ofta vid tidig ålder där våldet kommit från en anknytningsperson. En sådan traumatisering är långt allvarligare än vid enkla trauman och forskning om dissociation särskiljer numera oftast vanlig PTSD som den definieras i DSM systemet, från komplex PTSD (Herman, 1992). Ju tidigare trauma, desto svårare dissociativa symtom (Chu, Frey, Ganzel, & Matthews, 1999). Förutom de vanliga symtomen återfinns vid komplex PTSD personlighetsförändring som medför problem med relationer (inklusive uppfattningen om förövare) och affektreglering, somatisering, samt förändringar i medvetandetillstånd och identitet (Herman, 1992). Dessa symtom kan alla förstås i termer av växlingar mellan ANP och EP menar van der Hart, Nijenhuis och Steele (2005) och är därmed primärt att betrakta som dissociativa symtom och bör därmed behandlas därefter.

Själv-systemet som mekanism för de dissociativa syndromen

Beere (2009) närmar sig de dissociativa syndromen från en fenomenologisk ståndpunkt som tar sin utgångspunkt i perception. Själv-systemet begränsar vad som kan upplevas, dvs. det som inte upplevs som kongruent med den egna identiteten och som är av hög signifikans för personen dissocieras bort för att inte hota själv-systemet, vilket leder till depersonalisation. För att personen ska kunna integrera de dissocierade upplevelserna krävs det att själv-systemet vidgas för att omfatta innebörden i även dessa upplevelser. Samma princip gäller vid dissociativ amnesi och flashbacks vid PTSD, där någon aspekt av minnet uppfattas som icke-jag och därmed triggas som en upplevelse som är ofrivilligt invaderande, tills personen kan omfatta upplevelsen i sitt själv-system.

Anknytning som förklaringsmodell

Utöver att graden av dissociation är kopplad till graden av trauma och hur länge de potentiellt traumatiserade händelserna pågått tycks graden av dissociation vara kopplad till anknytningsskador. Forskningen om hur anknytningsskador och dissociation hänger ihop kan sägas ha två huvudlinjer. Den första tittar på hur tidiga anknytningsskador kan predicera senare allvarliga dissociativa störningar, då under förutsättning att individen utöver den desorganiserade anknytningen senare utsatts för traumatiserande händelser (Liotti, 2004). Den andra delen av forskningen har tittat på hur den kan komma sig att barn som inte utsatts för fysiska övergrepp och hot ändå utvecklar desorganiserad anknytning. Longitudinella studier har visat att föräldraskap som präglas av att föräldrarna som själva har olösta anknytningsskador skapade genom trauman, är skrämmande och/eller skrämnda, utsätter

barnen för försummelse och/eller motsägelser i föräldraskapet och har starka samband med dissociativt beteende hos barnen senare i livet (Dutra, Bianchi, Siegel & Lyons-Ruth, 2009). Vissa studier visar att kommunikationsstil präglad av bristande affektiv reglering och tystnad och avvikande från anknytningspersonens bäst predicerar senare dissociativt beteende (Dutra et al, 2009). Mekanismen bakom det hela är att anknytningspersonens motsägelsefulla och ibland dramatiska signaler leder till att barnet får motsägelsefulla impulser gentemot anknytningspersonen, nämligen båda att söka skydd från och hos samma person. Dessa signaler skapar reaktioner hos barnet som direkt kan anses vara dissociativa och som i förlängningen innebär att barnet inte kan integrera inre representationer av sig själv och anknytningspersonen (Liotti, 2004). Detta kan vara grunden till senare utveckling av allvarliga dissociativa störningar och vara prototypen för ego-state dissociation (Liotti, 2004).

Sambandet mellan desorganiserad anknytning och dissociation har kommit att innebära en utvidgning av traumabegreppet från att traumat definieras av händelsen till att den definieras av effekten (Howell, 2005). Schore (2001) talar om tidiga ”relationella trauman” i sin forskning som visar på samband mellan bristande affektreglering och negativ påverkan på utvecklingen av den högra hjärnhalvan och därmed brist i integrering mellan kognitiva och effektiva system, integreringen av stress- och affektreglerande system. Detta innebär svårigheter att hantera den psykiska stressen och att agera utifrån sammanhållen strategi för relationer och situationer. Enligt Schore (2001) kan dessa mekanismer tyda på den neurologiska grunden för benägenhet till dissociativa reaktioner. Vidare har forskningen kring dissociation i samband med anknytning lett till ifrågasättande av den dominerande hypotesen att dissociation primärt är ett försvar från traumatiska händelser i form av att låta personen dekompartimentalisera sig från traumarelaterat material. Liottis (2009) tolkning av anknytningsforskningens resultat är istället att dissociation på grund av desorganiserad anknytning skapar dissocierade inre arbetsmodeller i personen som slås på vid inre stress och som blir en direkt orsak till psykisk smärta, inte skydd från det. Båda dessa modeller är just teorier och idag finns inget empiriskt stöd som kan falsifiera någon av dem (Liotti, 2009).

Ett annat betydande bidrag kring forskningen om dissociation i samband med anknytning är att man numera skiljer på trauma som tillfogats av anknytningspersoner och trauman utan den förstärkta nivån av otrygghet (Howell, 2005).

Somatoform dissociation

Starkt kopplat till trauma och till animal-defense responsen (Nijenhuis et al, 2004) är också tanken om den somatoforma dissociationen. Eftersom dissociation utgörs av störd integration

är det inte långt till tanken att aspekter av den störda integrationen kan lagras i somatosensoriska modaliteter istället för att bli narrativa händelser. Mekanismen bakom somatoform dissociation är att hotet sätter igång defensiva psykologiska mekanismer som senare manifesterar sig som somatoforma symtom. Man tänker sig en brist på integrering av somatiska aspekter av upplevandet. Traumatiska minnen tänks vara primärt bestående av somatosensorisk respons och oförklarliga smärtor i kroppen anses vara reaktivering av traumatiska minnen. Dessa är ofta lokaliserade i under traumat utsatta delar av kroppen.

Den enda kroppsliga upplevelsen som i dagens DSM-klassificeringssystem tillskrivs dissociation är depersonalisering där personen kan känna sig frånkopplad kroppen eller utanför den egna kroppen. I DSM idag är kognitiva och affektiva aspekter av dissociation kategoriserade som dissociation, medan de kroppsliga upplevelser som kan ses som dissociativa har egen klassificering för somatoforma syndrom. Forskningen kring dissociation verkar vara enig kring att somatoforma syndrom har grund i kroppsligt uttryckt dissociation och vikten av att somatoforma syndrom får kopplas till dissociation i DSM V framhålls (Dell & O' Neill, 2009). Enligt Brown et al (2007) är uppdelningen i dagens system mer praktisk än konceptuell och har lett till misstaget att dagens kliniker tror att dissociation och konversion är två separata system. En motivering till att de ska dela samma syndromkluster i DSM V är att dissociation och konversion samvarierar i så hög grad att det finns anledning att anta att de är två olika symtom till samma syndrom. En andra motivering är att båda tillstånden kan ses ha samma underliggande psykologiska processer. En av studierna som visar på detta samband gör det genom att visa att somatoform och psykologisk peritraumatisk dissociation korrelerar, att båda utgörs av delning av psykobiologiska system, hög suggestabilitet och i båda ingår berättelser om övergrepp (Nijenhuis, 2000). Vidare är somatoform dissociation starkt korrelerad med rapporterade multipla sexuella och fysiska övergrepp bland psykiatriska patienter (Nijenhuis, 2000) och senare forskning pekar även på samband mellan posttraumatiska stresssymtom och upplevda interpersonella fysiska hot mot den egna kroppen samt hot om livet även i icke-kliniska populationer (Nijenhuis et al, 2004).

Dissociation och försvar

Teorier som tar upp dissociation som försvar mot utsatthet delar in sig i två olika förklaringsmodeller; interpersonell modell som tar fasta på relation och försvarsmekanismer, som tar fasta på det intrapsykiska.

Interpersonella försvar som dissociation. Långt innan det gjordes kopplingar mellan anknytning och dissociation sågs dissociation ha sin grund i interpersonella skador i personens utveckling. Den interpersonella teoretiska traditionen har en viktig del i begreppet dissociation. Utan att förstå relationer som internaliserade har vi heller inte grunden för de inre representationer som individen enligt anknytningsteorin behöva skydda sig mot och som även utgör grunden för multipla själv. Nedan följer en kort presentation av hur vissa teoretiker ur den interpersonella traditionen ser på dissociation. Bromberg ser på personlighetsstörningar som karaktärgivande strukturer organiserade som proaktiva försvar mot potentiellt upprepade barndomstrauma (Howell, 2005). På detta sätt förstås försvar som dissociativa processer och dissociation innebär flera icke-integrerade själv och är grunden till alla personlighetsstörningar. Stern å sin sida ser på dissociation som en aktiv försvarsprocess som innebär ett omedvetet avvísande av att reflektera över vissa upplevelser (Howell, 2005). Detta blir en icke-bearbetad icke-formulerad upplevelse. Allt som är bortdissocierat är alltså inte formulerat. Stern kontrasterade detta mot Freuds repression som är en förformulerad händelse och går istället på tanken om att det som tidigare setts som bortträngt egentligen inte är formulerat. Det är inte tryckt bort från medvetandet utan ämnet undviks, selekteras bort, dissocieras bort och försvinner till slut, detta med ångestundvikande som syfte. Stern utvecklar egentligen en tanke som är Sullivans, och han på ser självet som organiserat runt dissociativa luckor som uppkommer genom tidiga signifikanta relationer. Ångestväckande erfarenheter lämnas åt inte-jag och är basen till dissociationen i psyket (Howell, 2005).

Den psykodynamiska teorin om försvarsmekanismer. Den psykodynamiska teorin ser på försvarsmekanismer som en del av alla människors normala fungerande. Dessa lärs in och påverkas av personens temperament, vilka slags påfrestningar som personen utsatts för som barn, vilka försvar personens föräldrar använt sig av och antingen direkt eller indirekt lärt ut till barnet, samt vilka försvar som fått positiv förstärkning för personen. Försvar utvecklas i takt med barnets utveckling till vuxen, så att en normalt fungerande person har tillgång till både de tidiga, mer primitiva försvaren och de mer mogna försvaren i kombination. De primitiva försvaren utmärker sig för att de inbegriper personens försök att hantera gränser till sin omgivning och påverkar hela personens sätt att fungera, medan de mogna är inriktade på att hantera inre gränser och påverkar endast vissa aspekter av personens sätt att fungera (McWilliams, 1994).

Om en typ av försvar förstärks och personen inte utvecklar flera alternativa sätt att hantera situationer skapas en rigiditet som förknippas med svårigheter. Skillnaden mellan ett

flexibelt och ett rigitt försvar visar sig i personens förmåga att särskilja försvaret mellan situationer eller inte. En person som använder ett försvar i en situation, men inte generaliserar användningen av försvaret kommer dels att vara rustad att ta en observerande position i relation till försvaret, dels att uppfatta det som i någon utsträckning jagdystont. En person som däremot använder sig regelmässigt av ett försvar saknar en observerande position, eftersom försvarspositionen ter sig jagsynton och naturlig. Ett regelmässigt användande av ett försvar kommer i stor utsträckning även att påverka interaktionen i en terapi (McWilliams, 1999).

Dissociation som försvarsmekanism. McWilliams (1994) placerar dissociation bland de primitiva försvaren, eftersom dissociation påverkar hela personligheten och för att hon uppfattar många dissociativa tillstånd som psykotiska. Detta är dock en placering med reservation, eftersom dissociation till skillnad från andra primitiva försvar betraktas som normal hantering för en vuxen i en överväldigande situation, förutsatt att personen inte har en rigid fortsatt användning av dissociation som hanteringsstrategi när den överväldigande situationen är över. Dissociation förstås här i bemärkelsen detachment, dvs. en förändring i medvetandetillstånd, där personen upplever sig inte vara i antingen sin kropp, sin omvärld eller i kontakt med sina minnen. Utvecklas försvaret till en rigid hantering kan dock ett mer permanent isärhållande skapas, vilket leder personen i extrema fall till DID. Det som personen primärt försvarar sig mot är sina egna överväldigande affekter i respons på en hotande situation, eftersom det främst tycks vara skräck och fasa som framkallar dissociation.

Dissociation förväxlat med andra försvarsmekanismer. Dissociation har ofta förväxlats med histrioniska (ibland benämnt hysteriska) försvar. McWilliams (1994) påvisar kopplingen mellan denna förväxling och utvecklingen att betrakta övergrepp som fantasier i linje med Freuds övergivande av förförelseteorin. Där det saknas kännedom om övergrepp mot patienten, eller där patientens utsagor om övergrepp tolkats som fantasi, har det funnits en tendens att betrakta patienten som histrionisk/hysterisk. Eftersom dissociation starkt kopplats till trauman har patienter med känd historia av övergrepp istället tolkats som dissociativa, trots att symtomen många gånger varit närmast identiska. En annan möjlig sammanblandning som hon tar upp är den mellan splitting och dissociation, där de tvära inre skiften som dissociativa patienter kan uppvisa har förväxlats med skiften mellan idealisering och nedvärdering av behandlaren.

Samvariation

Psykotiska tillstånd. I takt med att validiteten kring schizofreni-diagnosen på senare år har ifrågasatts har sambandet mellan dissociativa och psykotiska tillstånd utforskats vidare. Sambandet kan ses gå både långt tillbaka i tiden och vara teoretiskt komplicerat. Att trauma kan leda till psykosutbrott, symtomen liknar varandra samt att grundstenen i namnen på syndromen överlappat, har bitvis varit förvirrande. På senare tid har sambandet undersökts genom att titta på komorbiditeten mellan psykotiska och dissociativa störningar samt genom att mäta korrelationen mellan mätningar på dissociativa symptom och psykotiska symptom. Dessa har visat sig ha stort överlapp, de som skattar högt på DID skalan skattar även högt på schizofreni skalan medan patienter med DID rapporterar till och med mer förstarankssymtom än de som har diagnosen schizofreni (Ross, 2009). Detta överlapp är inte endast begränsat till psykiatriska patienter, det har visat sig att rapporter från DES skalan (Dissociative Experiences Scale) har robusta korrelat med rapporter på schizotypiskalan, och överlappet förklaras av gemensam influens av fantasibenägenhet, kognitiva misstag och barndomstrauma, även om författarna påpekar möjlig svaghet i studien i och med att den bygger på självrapporter (Giesbrecht & Merkelbach, 2009).

Svaret på dessa frågor föreslås av Ross (2009) vara en dissociativ subtyp på schizofreni medan Scharfetter (2009) ser på schizofreni som liggande på ett kontinuum av syndrom som karaktäriseras av bristande sammanhang, bland dessa finns DID. Det som avgör skillnaden mellan schizofreni å dissociativa störningar är det mer flytande jagtillstånden som anses skydda mot den för schizofrenitypiska rigiditeten. Moskowitz, Read, Farrelly, Rudegeair & Williams (2009a) menar att vissa om inte alla psykotiska symptom i sin essens är dissociativa och syftar då främst på att de fyra positiva symtomen i schizofreni verkar vara förenliga med dissociativa processer. Moskowitz et al (2009a) menar att forskning nu visat klara samband mellan barndomstrauma och psykos även efter att man kontrollerat för psykos hos släktingar och följer upp med resonemanget att dissociation medierar mellan tidigt trauma å senare psykos. En av de processerna är vanföreställningar som Moskowitz et al (2009a) menar kan bero på minnesprocesser liknande de hos patienter diagnostiserade med PTSD. Hippocampusförändringar om förr varit kardinalargumentet för att psykos kan ses ha biologisk etiologi ses idag mot ljuset av att man sett likadana förändringar hos traumatiserade patienter och förändringar motsvarar sådana som uppkommer efter långvarig stress (Gerge, 2010b) . Moskowitz et al (2009a) ser dessa som tecken på samband mellan barndomstrauma och psykos.

Man har talat om skillnaden mellan de röster som patienter med DID och patienter med schizofreni upplever. Enligt Moskowitz et al (2009a) finns inga studier som visat att den ena gruppen hör röster utanför och den andra inuti huvudet, snarare kan båda grupper höra båda typer av röster. Inga skillnader har visats, dock finns tydliga likheter i att bådars röster är bestraffande och kan identifieras till förövare i personens historia. Moskowitz et al (2009a) gör tesen att alla röster oavsett diagnos är dissociativa till sin natur för att de kan ses som avspjälkade komponenter av eget inre. Hallucinationer i synmodaliteten är karaktäriserade som otypiska vid schizofreni och ses som flashbacks som kan upplevas utan tydlig koppling till det förflutna.

Moskovitz et al (2009a) menar att desorganiserat beteende i schizofreni inte är så desorganiserat om man känner till bakgrunden till det och vad det är som kommuniceras. Vidare kan katatoni ses i ljuset av freeze-respons och återspegla en omedveten flashback innehållande rädsla och skräck. Även vanföreställningar tolkas mot möjligheten att det ligger dissociativa processer bakom, med motiveringen att två tredjedelar av patienterna med DID har vanföreställningstankar så som de definieras i konceptet schizofreni. Moskowitz et al (2009a) menar att samma desorganiserade beteende troligen diagnostiseras som schizofreni om man inte känner till traumat innan, och vice versa, att man inte ger diagnosen schizofreni om man känner till traumat. Moskowitz et al (2009a) föreslår att trots alla likheter så är en ännu inte empiriskt bekräftad skillnad mellan patientgrupperna att DID patienter bibehåller en verklighetsförankring. De personer som utvecklar schizofreni är enligt Moskowitz et al (2009a) de personer som inte är lika bra på att dissociera.

Andra tillstånd. Med föresatsen att i teoriavsnittet representera huvuddragen i resultaten hade det varit ytterst intressant att återspegla informanternas kopplingar mellan dissociation hos patienter och vissa av de psykiska tillstånd och psykisk problematik man kopplade till dissociation, exempelvis tvång. Studier om dissociation som fenomen i kombination med andra kliniskt signifikanta tillstånd än PTSD och BPD verkar inte vara vanliga. Eftersom dessa samband sedan länge är väl belagda hänvisar vi till den rikliga litteratur som finns i ämnet. Vanligt verkar vara att undersöka prevalensen för dissociativa störningar i varierande kliniska och icke-kliniska populationer (Cardeña & Cleaves, 2007; Ross et al, 2002) med varierande resultat beroende på kriterier man använt. Eftersom dissociation på syndromnivå inte riktigt faller in under målet för studien hänvisar vi intresserade läsare till referenserna.

Behandling av dissociation

Dissociation betyder frångkoppling rent semantiskt. Frångkoppling kan även ses som den centrala delen i patologisk dissociation, oavsett vad det är som frångkopplas; minne, affekt, interpersonellt relaterande eller aspekter av självet. Att hitta sätt att häva frångkopplingen och tillåta personen att medvetet agera utgör därmed strävanden i behandlingen, oavsett vilken behandlarens teoretiska övertygelse är. Erfarenheter av trauma tenderar dock att vara så framträdande att behandling av dissociation diskuteras konsekvent i relation till bearbetning av trauman och återupprättande av tillit. En kausal koppling görs mellan kumulativa trauman med en samtidig avsaknad av erfarenhet av trygghet anknytning och upplevelser av fragmentering. Denna koppling tycks beständig och utgöra en fast utgångspunkt hos de flesta som uttalar sig om behandling av de dissociativa syndromen (Gerge, 2010a, 2010b; Herman, 1992; Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2001; Van der Hart, 2005). Nyare forskning påpekar dock möjligheten att det inte alltid behöver finnas någon distinkt traumatisk upplevelse i sig, det kan lika gärna handla om en uppväxtkontext med otrygghet anknytning, opålitliga relationer och stark kontroll, i kombination med starka affekter och en bristfälligt inlärd förmåga att reglera dessa (Gold & Siebel, 2009).

Evidensstatus i behandling. ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) har granskat evidens vid behandling av de dissociativa syndromen. Endast DID och DDNOS (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified) är tillräckligt utforskade för att slutsatser ska kunna dras om verksam behandling. Riktlinjerna för dessa tillstånd är desamma och består av följande komponenter i kombination: skapandet av en bärande terapeutisk relation, tydliga och adekvata gränser, psykopedagogik om psykologiskt självomhändertagande och effekter på personlighetsstruktur av traumatisering. Efter inledande stabilisering följer bearbetning och reintegration av trauma och dissocierat material. Klinisk hypnos kan vara till hjälp för patienten att få ökad kontroll över dissociativa episoder (ISSTD, 2011). Det understryks dock att evidensbegreppet främst undersöks i relation till korttidsterapi och behandling vid dissociativa syndrom tar tid, ofta flera år.

Fas ett: Relation före allt annat. Herman (1992) som tydligt framhävt behovet av att etablera tillit och trygghet i den terapeutiska relationen, liksom i patientens liv i stort, innan någon bearbetning av trauma kan ske. Herman understryker vikten av att behandlaren ägnar tid åt att hjälpa patienten uppnå tillit, för utan denna tillit riskerar den avsedda traumabearbetningen att istället bli en retraumatisering. Det kan ta mycket lång tid för framför

allt patienter som utsatts för interpersonella trauman att börja lita på terapeuten. Herman tillskriver psykologiska trauman framför allt upplevelsen av avskurenhet från andra och upplevelse av förlust av kontroll och makt över det egna livet. Läkning från trauma går därför med nödvändighet via relation där det är centralt att patienten ges mesta möjliga kontroll över terapin och tillskrivs agens och autonomi. Gerge (2010a) påpekar specifikt att med dissocierade patienter finns en risk för överanpasslighet, som kan lura behandlare att tro att patienten känner tillräckligt mycket trygghet och har tillräcklig förmåga att hantera egna affekter för en traumabearbetning. ”Av ren artighet, eller på grund av oförmåga att säga ifrån, kommer de att försöka leva upp till behandlarens idéer. Men om patienten inte är stabiliserad har hon ingen möjlighet att bearbeta traumat och så kallad ”as-if”-terapi blir resultatet” (s 95). I bästa fall förblir patienten obehandlad, i sämsta fall utgör de misslyckade försöken att bearbeta traumat en förstärkning av patientens fobi för de egna affekterna och minnena. Arbetet med att etablera en trygg terapeutisk relation är det område som oftast tas upp i artiklar om arbete med dissocierade patienter, både för att det utgör förutsättningen för att komma vidare och för att det upplevs som svårt. Det kommer därför att ges större utrymme här än andra aspekter av behandlingen.

Patientens inre trygghet. Gerge (2010 a, 2010b) refererar till vikten av att börja med att förbättra patientens förmåga till egenvård både psykiskt och fysiskt. Detta eftersom många dissocierade patienter lever fobiskt avskilda från sina affekter och sina kroppar och behöver hjälp att tolka ut och ta hand om båda, via motion, vila, avslappning och visualiseringsarbete. Det är även viktigt att uppmuntra och förstärka patientens förmåga att sätta gränser och uttrycka sin vilja i terapi. Under traumabearbetningen fortsätter arbetet att hjälpa patienten uppleva kontroll och förmåga att stabilisera sig själv. Gold och Seibel (2009) tar fasta på dissocierade patienters svårigheter att identifiera, känna och uthärda de egna affekterna och hur denna oförmåga ofta triggas av dissociation, ibland åtföljt av impulsiva beteenden. De påtalar även att oförmågan att identifiera och reglera affekter leder till en konstant höjd arousal som utgör en sårbarhet för förnyade episoder av dissociation. De rekommenderar därför att behandlingen fokuserar på att lära ut avslappningstekniker för att sänka arousal och tekniker för att grunda sig i här och nu, samt att lära patienten att korrekt identifiera vad han/hon känner. Därefter arbetar de med att hjälpa patienten att identifiera vilka situationer som fungerar som triggers för att sedan riktat kunna öva på att slappna av i dessa situationer. På så vis får patienten kontroll över dissociationen. Gerge (2010b) understryker att ”psykoterapi

som inte är förankrad i en reglering av kroppens anspänningsnivå hjälper sällan dessa patienter” (s 82).

Att skapa trygghet i den terapeutiska relationen. Förutom patientens behov att hitta sätt att hantera egna affekter krävs även relationsarbete i syfte att öka patientens förmåga att fungera i relationer, inklusive den terapeutiska relationen. Gerge (2010a) lyfter fram vikten av att stärka patientens förmåga att sätta gränser. Herman (1992) tar fasta på utvecklandet av ömsesidig tillit, där behandlaren noggrant ska överlåta kontroll över hastigheten på den terapeutiska processen till patienten. Hon ser relationen som en central del i att återetablera patientens tro på sig själv och på andra människor. Gold och Seibel (2009) instämmer i relationens centrala position, men lyfter även fram risken att dissocierande patienter på grund av bristande goda anknytningserfarenheter kan ha så stora interpersonella behov att de gärna ägnar terapin enbart åt relaterande till behandlaren, ibland med magiska förväntningar om att relationen i sig ska göra hela det terapeutiska arbetet. Författarna understryker därför vikten av att inte som behandlare ta på sig för stor del av affektreglerandet av patienten, utan istället lära patienten att själv fylla denna funktion, oberoende av terapeuten. Steele, van der Hart och Nijenhuis (2001) är av rakt diametral åsikt och understryker istället vikten av att låta patienten knyta an till terapeuten, något som med dissocierande patienter med interpersonella trauman innebär att tillåta en mycket hög grad av beroende. Tanken är att den terapeutiska relationen ska kunna utgöra en ny anknytningsprocess för patienten, som i takt med att anknytningen blir allt tryggare vågar utforska nya möjligheter och utveckla bättre sätt att hantera svårigheter än att dissociera med terapeuten som en trygg bas. När nya färdigheter etablerats kan patienten separera från terapeuten.

Överföring och motöverföring. I en fallstudie om samspelet mellan en behandlare och en dissocierande patient beskrivs behandlaren svårigheter att förstå och bygga en hållbar kontakt i det terapeutiska samspelet som en process som i sig utgör en intoning av patientens svårigheter. Eftersom ett antal olika självtillstånd inte kommer till uttryck som annat än motstridiga projektioner upplever behandlaren svårigheter att tona in patienten (Hopenwasser, 2008). Behandlaren försök att förstå och tona in misslyckas om och om igen, till ömsesidig frustration. Vägen framåt beskrivs paradoxalt gå via denna delade frustration. Det som behandlaren upplevser som misslyckade försök att förstå utgör nämligen en intoning av patientens brist på kongruens.

De många tvära skiften i relationen och överföringsrelationen kan förstås som gestaltningar av de inre motstridiga självtillstånden hos patienten. Blizard (2001) beskriver de inre positionerna som en internaliserad offerposition och en internaliserad förövarposition hos patienter som vuxit upp med övergrepp från anknytningspersoner. Dessa positioner återspeglar sig i samspelet med terapeuten som får anstränga sig för att inte anta komplementära positioner och dras med av starka motöverföringsreaktioner. En behandlare som klarar av att utgöra en stabil punkt som inte förändras i relation till dessa vitt skilda positioner i patienten och i överföringen är utgångspunkten för ett integrationsarbete i patienten. ”Terapitimmarna kommer ofta att präglas av osäkerhetskänslor och ett djupt beroende där dissocierade tillstånd och affekter kan börja integreras om terapeuten klarar av de projektiva identifikationerna” (s 97) beskriver Gerge (2010a) arbetet. Herman (1992) understryker särskilt hur patienter med svåra trauman kan skapa starka motöverföringskänslor av inkompetens och hjälplöshet även hos de mest erfarna terapeuter.

Fas två: Bearbetning och integration av dissocierat material. När väl tillit och inre stabilitet etablerats i tillräckligt hög grad går det terapeutiska arbetet vidare till traumabearbetning i de fall där distinkta trauman finns att bearbeta. Gerge (2010a) beskriver att hon i denna fas av arbetet använder sig av EMDR. Herman (1992) beskriver denna fas som att minnas och sörja det som varit genom att gå igenom minnena och skapa en berättelse av dem som särskiljer då från nu och därmed tar ifrån minnena deras laddning. Det finns ett teoriöverbryggande konsensus om att någon form av exponering för det laddade materialet är nödvändig. Gerge påtalar även att ”...information om anknytningskador, traumatisering och dissociation inte alltid lämnas, särskilt inte i början av en terapeutisk kontakt eller inom ramen av en korttidsterapi. Behandlaren behöver även förhålla sig till det faktum att det kan vara mycket dysreglerande för extremt traumatiserade människor att berätta om traumarelaterat material” (s 78, Gerge 2010b). I takt med ökad tillit, ökad reaktivering och ökat medvetande om sina symtom kan patientens stabilitet förändras. Det är därför bra att bedömningar av trauman och grad av dissociation görs regelbundet, samt att ha en medvetenhet om att inte alla trauman går att verbalisera. Hypnos, EMDR, egostate-arbete och arbete med kroppen rekommenderas alla inom ramen för en övergripande förståelse av dissociation. För mer utförliga beskrivningar hänvisas läsaren till Gerge (2010b).

Skepsis

För tjugo år sedan ägde ett viktigt skifte rum i relation till dissociation kopplat till tidiga trauman. Röster både inom forskningsfält, anhöriga till patienter och behandlare började höjas i kritik av traumatisk amnesi och dissociation som fenomen i kontexten försvar mot svåra trauman. Psykologer och psykoterapeuter anklagades för att ställa ledande frågor till lättsuggestiva patienter som därmed konstruerade minnen av övergrepp som aldrig ägt rum, vilket ledde till vad dessa kritiker kallade FMS (False Memory Syndrome). Framför allt fanns det en djup skepsis till att minnen av traumatiska händelser kan förträngas och senare plockas fram (Chu & Bowman, 2000). Kontroversen lever kvar än idag, där vissa forskare hävdar att dissociation inte alls är kopplat till upplevda trauman, utan till kognitiv stil och benägenhet för fantasier (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2008), medan andra forskare gjort studier där återvunna minnen kunnat kopplas till fysiska bevis (Chu, Frey, Ganzel & Matthews, 1999). En mer integrativ position tycks dock vara på väg, där behandlare idag uppvisar mer försiktighet i sina interventioner och har en ökad medvetenhet om att minne är plastiskt, samtidigt som det finns ett erkännande av att återkallade minnen i många fall även kan bekräftas med yttre bevis. Frågan är idag därmed mindre polariserad mellan ytterligheterna att alla minnen är konstruerade respektive sanna, vare sig över huvud taget eller hos en enskild patient (Kluft, 1995).

Resultat

En analys av materialet och sammanfattning av temana ger vid handen att den i informanternas berättelser klart dominerande uppfattningen kring dissociation är att fenomenet i någon form, oberoende av om man ser det som patologiskt eller inte, är vanligt inom allmänpsykiatrin. De som hade arbetat med dissociation aktivt såg också att det var vanligt i någon förhöjd form som var av klinisk dignitet. Detta kontrasterades av enstaka berättelser där dissociation inte sågs ha klinisk relevans. Dissociation kopplas starkt, men inte exklusivt, till försvar vid trauma och otrygg anknytning. Trauma definieras både genom yttre traumatiska händelser och inre överbelastning. Beskrivningen om dissociation är riklig och ligger primärt på symtomnivå och upplevelsenivå. Där referenser görs till de dissociativa diagnoserna görs de främst i relation till DID. Dissociation ses samvariera med mängd olika tillstånd och beskrivs främst enligt en kontinuumsyn, där mer dissociation innebär större risk för patologi. Vid behandling ligger tydligt fokus på relationellt arbete och integration.

Informanterna uttrycker känslor och övertygelser i relation till dissociation och dissociierande patienter i behandling. Trots att informanterna ger rikliga beskrivningar om

fenomenet är en dominerande känsla brist på kunskap om ämnet och vilja att veta mer. Det står i linje med att det teoretiska fältet uppfattas som "luddigt". Intresse som en del av upplevelsen kontrasteras med skepsis som en annan del. Patienter med dissociation väcker känslor. Dessa spänner mellan engagemang och omsorg till att det är skämmande och jobbigt. Patienterna upplevs behöva tid, vilket står i kontrast till villkoren inom psykiatri. På arbetsplatserna talas det sällan om dissociation och det finns oro för kunskapsförlust i relation till dissociation. Informanterna förhåller sig aktivt till metoderna PDT och KBT och diskuterar metodernas skillnader. KBT beskrivs som bristfälligt anpassat till dissociativa problem. Nedan följer mer detaljerad genomgång av temana. Eftersom resultatet är omfattande rekommenderas läsaren att använda sig av den översikt i bild som bifogats (se Bilaga 2) för att få överblick och se temanas inbördes relation till varandra.

Psykologens användning av dissociation som begrepp

1. Dissociation som försvar

Dissociation förstås primärt som ett skydd eller försvar vid överbelastning av traumatisk art. Överbelastningen kan komma i form av yttre hot, där kopplingen konsekvent görs till upplevt hot från en annan person, eller i inre hot, då det är inre upplevelser som hotar att överbelasta personen. Oavsett om ordet försvar eller skydd används så beskrivs processen som ett intrapsykiskt försvar av försvarsmekanismtyp.

1.1 Vid yttre hot

De yttre hot som beskrivs är av interpersonell art, antingen det utgör en våldshändelse eller en ohanterligt bristfällig anknytning. Dissociation beskrivs därmed som ett försvar av särskild relevans för att skydda sig från farlig kontakt med andra människor.

1.1.1 Trauma

Dissociation konceptualiseras som ett försvar eller skydd vid en pågående traumatisk händelse. När kopplingen görs till en pågående traumatisk händelse definieras händelsen oftast som ett fysiskt trauma som involverar interpersonellt våld, där händelsen i sig tillskrivs traumatiserande potential oavsett personens förmåga till coping. Peritraumatisk dissociation förknippas även med freeze-responsen. "... om nånting väldigt väldigt hemskt händer, som en skyddsmekanism" "En våldtäkt till exempel, så är det ju kanske till och med livräddande att dissociera och bara låta sin kropp ligga och sen sitta nån annanstans" "Nånting som ligger mycket nära skendödsreflexen, man låser hela affektapparaten i ett desperat försök att inte

ådra sig en attack ifrån hotet [...] du ska inte röra dig du ska vara blickstill och det är, man kan ju röra [sig], men man kan vara känslomässigt låst”

Osäkerhet uttrycks kring huruvida dissociation endast uppkommer som försvar vid tidiga trauman, eller om utvecklandet av dissociation är beroende av graden av överbelastning snarare än ålder. *”[...] alltså dissociativt beteende uppstår väldigt tidigt i livet av vad jag har förstått, som ett försvar, och det... har man inte utvecklat det innan en viss ålder så dissocierar man inte sen i vuxen ålder. Men jag vet inte om det stämmer till 100%, därför att till exempel patienter, människor som utsätts för tortyr och såna saker eller för väldigt allvarliga trauman, så undrar jag om man ändå inte, att det... att det handlar ju om att, det är ju ett väldigt skydd i en situation i en traumatisk situation.”*

1.1.2 Otrygg anknytning

Dissociation som ett försvar mot bristfällig anknytning innehåller som tema både bristande primärt omhändertagande och en uppväxtsituation med övergivenhet, övergrepp och utsatthet. En bristfällig anknytning förstås här både som orsak till och som situationer där dissociation återfinns. Ibland beskrivs en sådan uppväxtsituation som en form av modellinlärning utan tydlig koppling till överbelastning, men oftast beskrivs situationen som så belastande i sig att psykiska försvar krävs för att hantera den. *”så var det ju misär och...det brast i anknytningen och det brast också i det primära omhändertagandet, så att han verkligen var fullt utlämnad [...] Och han upplevdes ju ändå rätt lugn, så det var väl det att han hade gett upp, för det var inte lönt att gråta och ingen som kom.” ”...men däremot så kan det ju va så att vissa personer som inte har vart utsatta för så svåra trauman som liksom automatiskt framkallar det här, att när en sån person använder sig av det så är det nånting som den personen har utvecklat tidigt i dom här anknytnings, olika anknytningsfaserna eller så, tänker jag mig” ”...men framför allt så tänker jag ju på det i otrygg anknytning och i... vi har ju här, jag menar det är ju så hemskt på något sätt därför att vi har ju jättemånga deprimerade mammor t ex och det är ju, dom berättar ju själva om hurdana deras mammor var på nåt sätt, den här depressionen som verkar ha funnits med i bilden och... hur avstängda också många är från sin egen historia liksom i, det var ju faktiskt så att, det verkar så, när jag hör det så tycker jag att det låter så självklart, kan du inte se att det var ju precis så det var för dig?”*

1.2 Vid inre hot

De inre hoten kopplas samman med kontrollförlust, ohanterligt starka affekter och katastrofiering och kan triggas av långvarig smärta eller att befinna sig under alltför stark

stress för personens förmåga till coping. Upplevelsen av kontrollförlust och smärta konceptualiseras ibland som ett trauma i sig, men det finns en form av tveksamhet i användningen av begreppet trauma för att beteckna upplevelser av kontrollförlust utan ett reellt yttre hot.

1.2.1 Minnen

Dissociation kan utgöra ett försvar mot minnena av tidigare upplevda trauman och den hotande kontrollförlust som liknande situationer väcker.

”Det[dissociation] tänker jag mig kommer när man är i en situation som påminner om en annan, man liksom börjar med det här på nåt vis” ”Åtminstone ett fall som kommer upp nu så är det på intet sätt första gången som den personen berättar så har den ju ändå utvecklats nån, nån form av grundläggande försvar eller nånting kring sin berättelse”

1.2.2 Stark stress, utmattning och smärta

Dissociation förstås som försvar vid extrem eller långvarig stress, för att hantera upplevelser av kontrollförlust och utgöra en ventil. Dissociation används även som försvar vid utmattning och långvariga smärttillstånd, där smärtan skapar stark stress. När smärtan beror på tidigare upplevda skador beskrivs det som svårt att veta om dissociationen är starkare kopplad till smärtan eller till de händelser som utlöste smärtan. *”Det är grova uppenbara saker där det handlar om fysiska trauman, men det är ändå, det är en känsla av kontrollförlust som leder till katastrof i det hela, och det kan man ju bli i en mer abstrakt situation också där stimulusintensiteten överstiger kapaciteten att handla”* *”Det är ganska primärt defense, eller skyddsmekanism i människor. Som när man är under extrem stress, att det är någon slags ventil, att när man... när det blir för mycket tryck”* *”[...] så jag tror att det är det... som funkar, plus att insjuknandet till... någon slags utmattningssyndrom är ju ofta trauma i sig, jag tror att det är hög stressnivå som bidrar... andra tillstånd... smärta ser jag, med hög smärta ofta beskriver det liknande, skattar högt [på DES], men det är också dösvårt att veta ibland hur mycket det är direkt smärtrelaterat, och hur mycket det är traumarelaterat”*

1.2.3 Kris och sorg

Dissociation betraktas som ett sätt att undvika att se och ta till sig en belastande verklighet och därmed även för att undvika att sörja. Dissociation vid kriser och sorgereaktioner ses som mycket vanligt och normalt och omtalas i denna kontext inte som patologiskt. *”Jag tänker mig mer att det kan förekomma mer eller mindre hos alla och i olika perioder, alltså i kriser*

och sorgereaktioner” ”Men det är också i sorgearbetet, i många smärtpatienter eller utmattningspatienter som har svårigheter komma in i sorgprocessen”

1.2.4 Affekt

Dissociation beskrivs som ett sätt att skydda sig från överväldigande affekter och kopplas samman med affektfobi. Genom dissociationen omdirigeras affekter som upplevs som alltför hotande för att uthärda. *”fokus blir ju dissociationen och oförmågan att befatta sig med affekter, både affektidentifikation, att stanna kvar i den och affekthantering. [...]För transporterats det bort i dissociation så är det som om det inte fanns. Patienter kan få både kroppsliga besvär och tomhetssvårigheter och naturligtvis en fragmentering, för att affekterna är ju ändå bindande för vårt upplevande.”* *”... men just med affektfobipatienter har jag tänkt är det inte lite mer att det händer där?”* *”... och det kan kopplas till trauma, men det behöver ju inte va så, man kan ju va affektfobisk och använda sig av dissociation som försvar.”* *”ett försvar mot ångest förstås, ett försvar mot... omedveten, omedvetna faror, omedvetna utmaningar, alltså väldigt mycket på en omedveten nivå... hot mot självet och tryggheten och identiteten och... så ser jag det nog.”*

1.3 Skillnaden mellan dissociation och andra försvar

Eftersom dissociation beskrivs som en försvarsmekanism utgör även försök att dra gränser gentemot andra försvarsmekanismer ett tema. Genom att identifiera vilken typ av försvarsmekanism som är aktiv sägs det även att dissociation primärt kopplas samman med ett pågående yttre hot och är mer genomgripande i personligheten i kontrast till andra försvarsmekanismer. *”att det här inte riktigt är avslutat, därför att det har inte skett någon effektiv gränsdragning till förövaren, så är det inte bortträngning som är kardinalförsvaret utan här går dissociationen in”* *”... förnekande är ju mer konkret liksom, tycker jag, det är mer... det är mer konkret och mer... mer verkligt och på ett sätt mer primitivt. Det andra [dissociation] är mer subtilt (paus) och också påverkar mera, jag tänker att det nog också påverkar perceptionen över tid också, om man tänker hur det byggs på liksom under utveckling.”* *”... ett högt strukturerat försvar som nåstans i nivå med bortträngning men den har en annan karaktär, alltså bortträngning det handlar nånting mera som är inne i en själv, det här handlar om nånting som är utanför”*

2 Dissociation och relation

En central aspekt av dissociation beskrivs som olika svårigheter i att relatera till dissociierande patienter i terapi. Patienterna uppfattas som undflyende, distanserade och med mönster av ambivalens i fråga om att vilja eller inte vilja ha kontakt med psykologen. Dessa relaterandesvårigheter beskrivs som svårigheter som patienten bär mer eller mindre konstant i sina kontakter med andra och uppfattas som dysfunktionella för patienten och som en försvårande omständighet i behandling.

2.1 Avskärmning

Ett tema är att dessa patienter ofta beskrivs som distanserade och svårt att få kontakt med och därmed ibland svåra att förstå. ”och det kan man ju märka i överföringen [...] vissa patienter kanske inte alls, dom besvarar det inte, alltså man märker liksom ingenting, det blir inte det här vanliga försvaret, något förnekande eller nånting sånt här utan det blir mer att...[...] man möter inte riktigt utan det försvinner...” ”jag tänker jag har haft några såna [...]ärenden [...]där jag skulle faktisk uppleva att det är relevant att prata om att personen blir rätt förändrad i sin person när man börjar berätta om det här, alltså upplevs som, som kallare, distanserade” Avskärmningen hos patienten beskrivs även i termer av det uppstår en total kontaktbrist: ”... har inte kunnat få kontakt med dom, dom har inte varit psykotiska, men dom har ändå liksom varit i en annan värld...”

2.2 Ambivalens

Ett mönster av relationssökande i kombination med rädsla för densamma och undvikande av närhet tas upp, med kopplingar till tidig anknytning som förklaringsmodell. Implicit förstås anknytningsinlärdd dissociation som ett bestående mönster som förklarar att dissociation senare i livet används i ett ambivalent relaterade och undvikande av anknytning: ”många patienter dom... det är ju ändå liksom därför dom kommer hit, för att man ska liksom känna att det nån som kommer nära ändå, även om man inte tycker om det så, så vill man ändå, det är ju därför man kommer hit” ”Dom för tanken till liksom en väldigt väldigt tidig... anknytningsstil, tycker jag. Och undvikande av anknytning inte minst kanske eller undvikande av närhet, kanske.” En aspekt av ambivalens uttrycks genom en patientbeskrivning där att höra röster ingår i problematiken och förklaras med att rösterna används som ett sätt att behålla en relation till opålitlig omgivning, i linje med desorganiserad anknytning. ”Och jag tror att mycket av det här att, att inte ha någon trygghet alls, [...] då var det väl hennes sätt att behålla nån form av liksom relation till dom som egentligen inte var att lita på.”

2.3 Psykologens upplevelse av relationen

En framträdande upplevelse som beskrivs är någon form av relationell påverkan i samband med att arbeta med en dissociierande patient. Yttrandet *"det är en oerhörd spännvidd [i hur man påverkas]"* kan sägas vara representativ för temat. Upplevelser beskrivs med känslor av att bli drabbad, genom att själv känna sig avstängd och trött, genom patientens berättelse eller av att det är svårt att behandla på grund av svårigheter i kontakten. En annan aspekt är känslor av omhändertagande och engagemang. *"... jag känner [...] att människor blir avtrubbade eller nånting, det är svårt att beskriva, men det är nånting flummigt och jobbigt mellan oss..."* *"... när man får den här speciella känslan av avstängdhet så blir man också påverkad själv, [...] jag tror jag kan känna mig lite, lite avstängd själv också och börja undra varför jag gör det."* *"Fast här på mottagningen ska vi ju behandla och då, då... tycker jag inte om att kanske inte få kontakt."* *"just de som hade starkast dissociativ... alltså det är nånting som man känner[...] någonting som är väldigt skört och vädjande som man gärna vill liksom... hjälpa och ta hand om."*

Upplevelser beskrivs ibland i termer av överföring eller motöverföring: *"...när jag upplever den [överföringen] så upplever jag att vi har fått kontakt, att vi har kontakt och att det är nåt genuint, sen kan jag ändå uppleva det som att det kan va besvärande och att den inte är lätt att prata om."* *"det var ju också väldigt mycket... alltså, just i motöverföringen. Det här hjälplösa och skyddslösa, det väcker ju väldigt mycket liksom omhändertagande, man vill stötta och hjälpa"*

En kontrasterande uppfattning är att det förekommer mindre affektiv respons i relation till dissocierade patienter jämfört med andra patienter: *"...dissociation inkluderar inte alltid en affektiv respons hos mig, patienten sköter om det själv, så att säga, dom, den är mer privat."*

2.4 Skiften

Skiften i kontakten och relaterade beskrivs i generella termer som att kvaliteten i kontakten förändras på ett sätt som upplevs, men som är svårt att tydligt identifiera för psykologen. Dessa skiften kan ske i behandlingssessionen eller mellan sessionerna. De skiften som informanterna identifierar handlar om skiften i vilken nivå av tillit och öppenhet eller misstro och slutenhet som patienten uppvisar i terapin. *"plötsligt så är patienten väldigt avstängd på nåt särskilt vis, fastän hon eller han pratar på, att kontakten plötsligt upphör, kan det kännas som [...] i andra sammanhang så tror jag nog att det är att det blir en sorts ändring i kontakten på nåt vis som är kanske lite svårdefinierbart, för det är inte bara det att man bara*

byter samtalsämne eller så, utan det är nånting i kvaliteten som ändras...” ”hon hade de här skiftningarna regelbundet [...] när hon var mer distanserad, så hade hon också svårare att lita på, hon berättade att det mer, inte direkt misstänksamhet, men lite mer att hon skyddade sig själv och inte ville lämna ut sig...”

3 Bristande integration

De patienter som informanterna tar upp som fallbeskrivningar uppvisar alla någon aspekt av bristande integration, som visar sig i termer av isärhållande av antingen olika aspekter av självet, särskilt med avseende på affekter. Över tid kommer dessa olika aspekter fram i terapi, men utan sammanhållenheter, vilket visar sig som skiften mellan olika tillstånd som distinkt särskilts från varandra.

3.1 Fragmentering

På personlighetsnivå talar informanterna om patientens upplevelse av flera själv eller upplevelser av parallella sidor av självet som i vissa fall är helt ovetandes om varandra, ibland med röstupplevande. Affekter utgör en del av denna fragmentering, där olika känslotillstånd hålls särskilda från varandra och därmed bidrar till fragmenteringen. *”... och det var också nån, som en annan person liksom i henne. [...] Hon hade liksom ingen riktig känsla för att det var samma och ville gärna prata om den som nån främmande och ”man” och så, va, så då arbetade jag utifrån det...”* *”Jag tänker på en patient, konkret, men att det inte finns någon slags uppdelning av hela identiteten, utan att den finns ju kvar, på något sätt, men fragmenterat”[...]* *”kanske inte att man uppdelar i flera personligheter inom sig, som att flera olika sidor av sig själv som inte kan integreras på något sätt och den ena är kanske mer aggressiv och angripande, den andra är mer liksom... undvikande, alltså skör och svag.”* *”men sen svårare dissociation blir mer en personlighetsbit, olika känslor är på något sätt isär från andra”* *”... och naturligtvis fragmentering, för att affekterna är ju ändå bindande för vårt upplevande”* *”men hon hörde mycket röster som visade sig dissociativa [...] det var inte så att det skiftade som hela identiteter heller, utan vi kom fram att det var mer röster som kunde höra ihop med olika personer som hon har identifierat rätt så enkelt i sitt liv...”*

3.2 Skiften

Skiften i relation till fragmentering hos patienten beskrivs som plötsliga, grova, klumpiga och ibland skrämmande. Skiftena hos patienterna kan vara av olika grad och beskrivningarna spänner mellan från specifika förändringar i exempelvis röst och tonläge, skiften som

återspeglar roll av offer och förövare som centrala teman i patientens problematik, till att patienten i fall av DID förändrar hela sitt sätt att vara och därmed även utseende. ”...alltså upplevs som [...] stelare runt munnen, förändring i sin berättelsen, man går in nån berättarmode, möjligtvis, svårt att sätta fingret på, men som går in i, ja det kan nästan upplevas som nån speakerröst...” ”man kan variera från känslor till känslor ganska klumpigt eller snabbt, omgivningen kan uppleva det hotande eller förvånande, vad händer nu, extra med DID så klart, personligheten är delad...” ”det här är ju, alltså det är just dom här skiftningarna mellan en rätt sådär hjälplöst övergivet barn och den här liksom förövare, det var väldigt tydligt. det var väldigt tydliga skiftningar, i alla fall från början” ”...ja, alltså det är väldigt dramatiskt, för det blir ju inte bara ögonrörelserna, rösten förändras och det är nästan så håret reser sig när jag kommer ihåg första gången jag var med om det, även muskulatur, alltså dissociationen och affektupplevelandet går ända ner på muskel och mimiknivå...”

4 Förändring i medvetandetillstånd

Skillnader i medvetandetillstånd beskrivs avseende identitet, verklighetsförankring, relation till kroppen och till minne. Dessa skillnader i medvetandetillstånd beskrivs i relation till behandlingsinterventioner, och därmed förstås dessa skillnader som patologiska. De förknippas ibland med skydd, men upplevs ibland som skrämmande och obehagliga i sig, vilket ökar komplexiteten i beskrivningarna av dissociativa symtom.

4.1 Identitetsupplevelse

Under temat identitetsupplevelse ingår informanternas beskrivningar på generell nivå om att patientens identitetsupplevelse är annorlunda och informanternas beskrivningar av patientens självupplevelse som konstig eller annorlunda. ”Konstig” är ett återkommande ord förknippas med dissociation. Här förstås dissociation som en praxis som skapar upplevelser av att avvika som person. ”Det är ju, det blir ju riktigt klurigt när det [dissociation] används i övermått och som ett svar på alltså en försvagad identitetsutveckling eller splittrad identitetsutveckling” ”i klientens upplevelse och rapport om det så blir det ganska konstiga berättelser som, som innehåller mycket av dissociation, man känner sig annorlunda som person” ”men jag tror att det har varit historiskt väldigt stort inslag av dissociation, att man har fusionerat med de här tankarna, känt sig väldigt annorlunda som person” ”det kan va patienter som [...] kan berätta att efter en terapiesession så har dom känt sig jättekonstiga och tyckt att folk har sett konstiga ut ...”

4.2 Verklighetsförankring

Verklighet som tema förekommer både i relation till patientens uppfattning om den och flykt från den. Upplevelserna innefattar att förlora tid, att känna sig främmande för och avskuren från omvärlden, men beskrivs även som aktiva handlingar från patientens sida, återigen kopplade till dissociation som skydd. *”kan va patienter som [...] är inne i någonting och kommer för sent och liksom inte fattar vart tiden har tatt vägen”* *”då associerade jag till det jag hade läst på utbildningen, det var ju bra tre fyra år sen jag hade de föreläsningarna om dissociation, [...] jag vet inte om jag har formulerat det färdigt men det är ... man stöter ju på folk som har överklighetsupplevelser”* *”man stänger ute yttervärlden, man tar sig till stället som inte är på nåt sätt, man vänder sig från verkligheten genom att verkligheten inte finns”* *”... att frikoppla sig från verkligheten [...] när vi inte fixar att hantera på nåt annat vis, när vi inte har några valmöjligheter kvar så finns det alltid nåt sätt där man kan så att säga gå in och innesluta sig i sig själv och sin upplevelsevärld och försvinna nån annan stans”* *”och sen svårare, det att man kommer ut ur kroppen och...och allt känns överkligt”* *”Jag försöker att prata om det innan, att vad ska vi göra om du försvinner till exempel, vad vill du att jag gör? Många människor är inte hotade av det, de bara önskar att vara ifred en stund, så ibland väntar jag bara”*

4.3 Kropp

Patientens relation till sin kropp dyker upp som tema både i termer av somatisering, förlorad kontakt med kroppen och utomkroppsliga upplevelser. Intressant är att här beskrivs dissociativa upplevelser som obehagliga och skrämmande i sig, inte som ett skydd.

”patienterna är dissociativa dom skickar vi dit [sjukgymnasten], men det är ju också en bit av det, det är ju mycket det med kroppen också” *”att det inte känns som man är i kontakt med sin egen kropp och som väldigt gärna, som på nåt sätt, det är skrämmande på nåt sätt att inte vara i kontakt med sin egen kropp, och då har, jag vet inte om det är dissociation med det... mmm, jag vet inte, tanken har väl slagit mig att det kan ha med det att göra, utan vad riktigt veta vad dissociation är”* *”och sen svårare, det att man kommer ut ur kroppen och... och allt känns överkligt”*

4.4 Minne

Ett tydligt tema berörde minnet hos patienterna. Beskrivningar varierade från dissociation tillhörande minnet *”dissociation finns inne i minnet [...] olika bitarna i minnet isär”* till att patienterna beskrivs ha svårigheter att minnas i sin vardag eller mellan sessionerna.

”ett väldigt bra sätt att lägga märke till om dissociation förekommer är om patienter om och om igen inte minns vad man talade om”

5. Behandling och effekt av behandling

Behandling av dissociation förknippas nära med traumabearbetning, arbete med att etablera och säkra den terapeutiska relationen och med att grunda patienten i här och nu. Genom exponering, psykoedukation och återkopplingar till de aspekter som för tillfället inte är tillgängliga för patienten, eftersträvas både att öka hantering av svårigheter så att dissociation inte upplevs som nödvändig, samt att reducera dissociativa symtom i sig. Övergripande mål är integration och sammanhållenhets i relation till alla de olika delaspekter som tas upp, t ex minne, kropp och affekt.

5.1 Arbete i och med relationen

Den terapeutiska relationen utsätts för en del svårigheter med dissociativa patienter. Patienten upplevs som bitvis svår att förstå, växlar mellan tillitsfull och mistrogen och upplevs som avstängd och ambivalent till närhet. Psykologen arbetar med förtroende och anpassar sig för att göra situationen trygg.

5.1.1 Psykologens anpassning

Att arbeta med tvära skiften i kontakten innebär för många av informanterna att de arbetar med flexibla strategier där det inte fungerar att i förväg bestämma sessionens tema utan sessionen anpassas istället efter patientens dagsform. I detta anpassningsarbete ingår att även att vara lyhörd för egna reaktioner och inre processer. *”...alltså jag känner efter väldigt mycket, funderar väldigt mycket på vad jag känner och naturligtvis på vad det kan handla om och... och använder det i mina interventioner och ja, det gör jag nog rätt så automatiskt, lyssnar in liksom vad jag får för gensvar och försöker väl anpassa mig antar jag till nån slags där det ändå, där jag tänker att det ändå kan landa, om det inte har gjort det, att det kanske kan landa på nån annan nivå eller att man lägger det åt sidan och kan återkomma, man tänker att det här kommer säkert att visa sig igen eller...”*

5.1.2 Intervention: trygga relationen

En trygg relation är enligt informanterna förutsättningen för den terapeutiska processen i arbete med en dissocierande patient som i detta sammanhang antas vara traumatiserad. Detta innebär försiktighet och tålmod i vad man som psykolog förväntar sig av patientens

berättelse: ”man får vara ytterst försiktig för att de gradvis ska kunna få förtroende där man öppnar sig och berättar om sammanhang, och att där är man ju mer försiktigt med frågor och annat, man kan ju inte bli intrusiv, utan man får ta det man får, lyssna av det, kommentera det tills det gradvis blir ett vidare sammanhang som man kan utgå ifrån och ibland kan det ta väldig tid”. Det är först när patienten känner sig trygg som den kan bearbeta. Att trygga patienten kan även handla om att hjälpa patienten skapa trygghet i en fysisk verklighet: ”man måste ha klart för sig att de kan vara i den klämman att de inte upplever att de går ut till någon trygghet när de berättat om saker och att man ibland måste ägna omsorg åt rent praktiska saker [...]man kommer inte en millimeter före man har säkrat [...], det händer inget och gör det det, så blir det bara en upprepning..” ”det kan vara samtal också, där man ökar tryggheten, börjar undersöka kanterna, oftast är riken rädslan är att man blir känslomässigt överväldigad..”

5.1.3 Effekt

Känsla av trygghet och förtroende är huvudteman som följer av psykologens anpassning och ansträngningar att trygga relationen. ”...speglade metoder [...] ja men det tas nog väl emot tror jag, det ger en känsla av trygghet, det är väl det...” ”Det blir ju en frigörelse [...] det blir plötsligt möjligt att känna att man har en trygg plats, man kan en gata där man kan välta klippblock i öppningen och känna att här inne kan ingen komma åt mig [...] det kan vara mycket påtagligt, att det vänder och att man, man liksom får förmågor som har slumrat och legat bortom där [...] det kan ju bli möjligt också att ha förtroendefull relation med en partner.”

5.2 Integrationsarbete

Integrationsarbetet beskrivs handla om att identifiera de olika delarna och deras funktioner och ge delarna rätt att finnas. I de fall det handlar om en utvecklad DID måste patienten bli medveten om de olika delarna. Man försöker få till stånd ett samarbete mellan delarna med målet att patienten ska kunna acceptera att alla delar tillhör en själv. En beskrivning av arbetet är liknelsen med familjeterapi där man försöker få delarna att kommunicera med varandra. Mycket handlar om att tilltala de olika delarna som en del av patienten och spegla det som kommer fram genom den. Arbete med dissociativa röster går ut på att aktivt få in dem i rummet, koppla rösterna till verkliga personer och prata om dem. I rummet kan psykologen påpeka för patienten att denne försvinner och på detta sätt försöka bryta en pågående fragmentering. ”man identifierar olika tillstånd, vi pratar nu fragmentering, det här kanske,

det här, vardagsjaget här och sen man har olika känslomässiga tillstånd, det kan vara skyddande del och ... en teknik är att man [...] gör någon slags trygg plats för visualisering, man kan bygga ett visualiserat skydd till alla delar, delvis ganska enkel teknik, men det kan vara ganska så skön, alla delar är accepterade, skyddade under det här (skrattar till)...” ”vi arbetade ju i många år och... med att få ihop dom här olika delarna på nåt vis och det verkar som att det har blivit i alla fall någotsånär bättre nu...” ”om han är i den sidan när han är [...] så finns den här andra sidan underliggande och då är det kanske mera risk att han mår jättedåligt och får suicidtankar igen och det är inte alltid som man... kunde föra in den här andra sidan i rummet, men just det här att återkoppla det här till gången innan [...] att försöka återkoppla terapisesionerna till varandra så att den ena gången när han var kanske i den... svaga sidan och att kunna koppla det till denna gång när han är stor och stark och liksom inte känner” ”Intervjuare: En del i din behandling var då att prata om dom här rösterna? Informant: Ja, och koppla dom till verkliga personer, eftersom det var det hon gjorde kopplingen till och prata om dom här verkliga personerna.”

5.2.1 Effekt

Resultatet av integrativt arbete är att patienten upplevs bli mer sammanhållen, t ex genom att de dissociativa rösterna försvinner eller samarbetar. *”I början så när jag träffade henne så hade hon alltid ett väldigt speciellt ansiktsuttryck [...] och så småningom när hon började liksom få ihop stora Namn och lilla Namn som vi brukade prata om, så liksom ändrades hennes ansiktsuttryck så att hon blev lite mer [...] så hon ändrade sitt ansiktsuttryck...” ”i alla fall av vad hon har berättat att dom här rösterna verkade ge med sig rätt så snart därefter, på något sätt tyckte jag väl ändå att det var väldigt märkligt att det gick så fort” ”Och en av dom som hade fullt utvecklad DID, hon kunde till slut behålla ett mantra ”det här är en intern historia”, alltså hon kunde ju höra en röst som sa till henne saker, till slut att hon fattade att alla delar inom henne behövdes och dom skulle samarbeta, att det till slut gick att prata om det så”*

5.3 Här och nu

Interventioner som beskrivs i samband med temat verklighetsförankring innebär en fokusering på här och nu i syfte att bryta dissociationen. *”det är möjligt att jag frågar direkt att hur mycket är du här och nu [...] om man börjar försvinna, komma till traumaminnet, att läsa ett, ett verklighetsförankrat flashcard” ”om det händer utan, en första gång utan att vi har någon slags handlingsplan, kan jag försöka att ... jag frågar att kan du höra mig, om*

ingenting händer höjer jag min röst... kanske ibland jag kan, jag kan... hålla händer eller nånting sånt, ibland kan jag fråga ok, jag ser att du inte kan svara, men kan du lyfta din tumme om du hör min röst [...] oftast tar det sin tid och människan kommer tillbaka” ”om det skulle vara så extremt uppenbart att, att man liksom försvinner ifrån allting som händer runt omkring under en tid liksom så, då skulle man ju få börja jobba med det som en sån där vidmakthållande faktor börja i detalj prata om vad som faktiskt är medvetet innan, vilka tankar som faktiskt finns där innan, och som sätter igång det, vad händer runt omkring dig innan, innan du liksom kommer in på det här spåret att man kan bryta det medans det är medvetet”

5.3.1 Effekt

Effekter av arbete med att vara här och nu beskrivs som en ökad förmåga till närvaro.

”där vi har jobbat med acceptanstekniker [...], tankeinnehållet är det samma egentligen men tolkningen av det förändras ganska mycket, på nåt sätt försvinner dissociationen då, då också att man går inte i så stark fusion med det här, man känner sig inte så avskärmad från verkligheten, man upplever inte att man får tillfälliga black out och minnessvårigheter i affären och så när man liksom går i fusion med tankeinnehållet, man kan få lite mer närvaro i vardan trots att man har den här sjukdomen” ”det är ju det det handlar om rätt mycket, att känna att man är, man är närvarande”

5.4 Arbete med kroppen

De behandlingsinterventioner som kopplas samman med dissociation i relation till kroppen är att exponera patienten för dissociationen och att jobba med kroppskännedom parallellt med samtal. Dissociationen förstås som ett undvikande av den egna kroppen. *”Och det är så jag har jobbat med de här som har haft den här upplevelsen av att inte vara i kontakt med sin kropp, nån slags halvdissociativt tillstånd, då jobbar man ju mycket med att bli mindre rädd för det där, hur farligt man uppfattar att det är, oftast så händer det ju varje dag, och då kan man ju tänka sig att det inte är egentligen farligt, det är ju en obehaglig sak och inte nånting som vi nödvändigtvis behöver leva våra liv efter så att och så jobbar man lite inför om det händer om det va om det är nån speciellt jobbig tanke som man haft innan eller om man är ledsen på nåt annat vis, nån känsla så, så på frågan många är det svårt att svara på” ”vi har ju jätteduktiga sjukgymnaster här, som jobbar med kroppskännedomsträning på ett väldigt professionellt sätt och... flera av dom här patienterna har väldigt god hjälp utav det, för att*

det... dom kan ju gå där i flera år kanske, och... för det handlar ju ändå rätt mycket om att samla ihop sig och kunna vara närvarande i det man gör”

5.5 Minne

Behandling av minnesproblematik beskrivs både i termer av exponering för svåra minnen och arbete med att återintegrera fragmenterade minnen. En kontrasterande uppfattning framhåller vikten av att möta patienten i den utvecklingsnivå den befinner sig på i de fall man arbetar med svårt traumatiserade patienter som upplevt upprepade övergrepp från tidig barndom. I dessa fall går det inte att tro att behandling initialt kan ske på en verbal nivå; man får möta patienten i den fas där den befinner sig och alla av dessa faser är inte verbala (informationen gavs utanför den formella intervjun). *”i nån form av omedelbar återkoppling eller i vad som händer i rummet så jobbar jag med väldigt speglade dynamiska metoder liksom att jag, jag talar om precis hur jag känner när, när den här berättelsen kommer liksom och då, då kan det hända att om nån har svårt att minnas att jag kan spegla tillbaka det och bara tala om rakt ut vad man börjar känna händer i rummet”* *”när man ska närma sig, jobba mer kliniskt kanske att man kan använda metaforer och faktiskt fysiskt få titta på skärmar och, och leka med fjärrkontroller och på annat, annat sätt liksom spela de här minnena, att, att och kanske också använda metaforer och uttryck som att, att bilden här är skadad och grumlig och så, men om man spolar tillbaka och man jobbar långsammare [...] det blir ändå, det blir nån form av habituering till den här upplevelsen, det blir lite lugnare i berättelsen då”* *”då får man va, bli lite alert, det var ett annat viktigt knep [...] jag samlar ju detta, va och undrar kring det, hur tänker du då, vad är det du skulle vilja komma ihåg, och jag måste ju för mig själv komma ihåg att minnas... och utforska, försiktigt...”*

5.5.1 Effekt

Effekterna av minnesbearbetning beskrivs i termer av att kunna särskilja då och nu och att de traumatiska minnena förlorar sin kraft eller laddning. *”plötsligt så känns det inte så himla viktigt längre, att man får tillgång till det [...] att det på ett genuint sätt känns som att det här fångar inte uppmärksamheten riktigt på samma sätt, det känns inte så viktigt längre [...] jag har några exempel det där att det är svårt att minnas att det drar, att uppmärksamheten dras dit på nåt sätt men när man har varit där så har det förlorat sin laddning på nåt sätt”* *”rekonstruktion har terapeutisk effekt, jag var själv förbluffad över detta, där det finns minnesluckor men där vi alltså på ett rimligt sätt kan skapa oss en bild utav skeendet va som verkligen har försiggått så verkar det alltså som att det har samma effekt som att återkalla*

minnet [...] som en förutsättning för att vi ska kunna få en tidsordning på skeendet, det blir inte ett nu som vi är inne i, det var förfärligt men det var då” ”ja, alltså traumat förlorar sin makt, aktivera minnet väcker ingen respons längre [...] så ofta om det dissociation är relaterat till det, det bara försvinner.”

5.6 Affektarbete

Temat affektarbetet exemplifieras med att ställa frågor om affekter och försöka exponera patienten för den affekt som patienten inte kan hantera genom att stanna kvar och lära sig hantera den. Affektarbete beskrivs även i relation till tvångsproblematik där tvångstanken ses stå i direkt relation till undvikande av affekt. Att återställa kopplingen mellan tvångstanken och affektupplevelse gör att tvånget försvinner. Arbete med att tolerera affekt ligger implicit i flera andra teman också där dissociationen förstås som skydd eller undvikande i relation till de affekter som olika situationer väcker. *”att affektidentifikationen ökar och affekthanteringen blir bättre, absolut.” ”och då har vi jobbat med att hitta kopplingen mellan tvångstanken, den har nästan en dissociativ kvalitet, för den tar bort affektupplevelset och kopplingen mellan tvångstanken och affektupplevelset, och då har jag återställt den kopplingen och då försvinner tvånget” ”det är lagbundet alltså hela förloppet när man bearbetar sånt trauma [...] ångesten sjunker när hjärnan hinner ifatt då stiger aggressionen och den stiger i paritet med förövarens intensioner [...] då blir det nya problem man har inte kapacitans för så mycket aggressivitet vanligen, det här är alltså vanligt [...] så ackompanjeras det här av skam i första hand och sen skuld, så där får [...] ställa om det hela tills det blir nåt helt utav det igen”*

5.7 ”Alltihopa handlar om att det måste bli ord av eländet”

Temat om att sätta ord på sina upplevelser i terapi kopplas till traumatiska händelser hos patienten som i många fall är dissociativt fragmenterade och inte finns som narrativa minnen. Dessa minnen uttrycks istället i form av känslominnen, kroppsminnen eller bildminnen. Att sätta ord på sina upplevelser är även kopplat till förståelse av dissociativa uttryck i sig. Psykologens roll är att lyssna och stötta tills en sammanhållen berättelse kan skapas där alla aspekter finns med. *”ja det första är ju att jag får ju man får bli äh, jag måste bli mottagare av detta därför allt alltihopa handlar om att det måste bli ord av eländet, och det är ju där man är behjälplig att man lyssnar och stöttar tills vederbörande har fått ihop en sammanhängande berättelse, som inte behöver vara bokstavligt sann, [...] det är inte mycket vi kan säga är absolut sant här på jorden men, men hänger det ihop och är en rimlig*

beskrivning och att det liksom är en plausibel berättelse då, då har det effekt” ”det kan bli verkligheten att vi får ord på nånting som en människa kan ha liksom på nåt vagt sätt... ha registrerat men ändå aldrig riktigt förstått, sen tar det naturligtvis lång tid innan man förstår riktigt i alla fall, men ibland kan det bli riktigt bra [...] men det är väldigt användbart för det ger ju egentligen också, det har jag inte tänkt på innan, på nåt sätt är det ju ändå en signal om att jag... att jag ser och förstår nånting av den här människan”

En kontrast till förståelseperspektivet utgjordes av ett synsätt inspirerat av ACT (Acceptance and Commitment Therapy) på språket som problematiskt, för att man skapar diffusion från den konkreta upplevelsen. *”där jobbar man mycket med diffusion, på nåt sätt att man vill bryta ner den språkliga uppbyggnaden med vad patienten upplever så att säga att, att man genom språket distanserar sig från den, den konkreta upplevelsen som, som, som är väldigt fysisk, fysisk ångestupplevelse och att man gärna, upplevelsen är kanske att patienterna gärna använder ord som tangerar dissociation på, på olika sätt utan att det kanske är vad teoriböckerna menar med dissociation [...] men jag tror patienterna som kommer till mig har nog nånstans plockat upp det här språkbruket att, att prata om sina symtom som att man dissocierar på nåt sätt att man blir nån annan, att man blir frånvarande och så här, det ju så klart en genuin upplevelse men det är nog mycket språkande på nåt sätt”*

5.8 Normalisering

Detaljerad psykoedukation kan fungera normaliserande då patienten kan förstå sin upplevelse av och funktionen av sin dissociation och att alla känner igen milda grader av dissociation. Detta kan innebära lättnad för patienten och minska förvirring. *”och psykoedukation kan vara ... skönt, det minskar oro när man förklarar [...] jag försöker välja sånt språk som låter ganska normaliserande, [...] noterar att det är typiska dissociationsfenomen, ofta är mitt syfte normaliserande...”* *”däremot, även om du har ett dynamiskt arbetssätt och det är en dissociativ störning, då lägger man det på bordet, då benämner du det i den diagnosen och är tydlig om att det är det som är huvudproblemet... för att minimera förvirringen, avtalet måste ju göras flera gånger och upprepas... för man vet inte vad som har fastnat eller inte fastnat och på vilken del av hjärnan [...] nej det blir inte så konstigt, för en del känner ju lättnad”*

5.9 Avsaknad av förbättring

Ett patientfall beskrivs där ingen förbättring skedde trots aktivt arbete med trauman och dissociation. Patienten överlevde inte. Kopplingen görs till att det var alltför många traumatiska erfarenheter för att det skulle gå att hantera. *”det var en man som dog, det har*

inte gått så bra, han... det var för mycket saker runt omkring, alltså det var ju en man som är uppvuxen med väldigt, väldigt... tidiga trauma”

6 Uppfattningar om förekomst

Informanterna uttalar sig om hos vilka patienter de återfinner dissociativa symtom och gör återigen kopplingar till samvariation med trauma. De ser även dissociativa symtom i samband med olika diagnoser och psykiska tillstånd, där tillstånden ibland anses samvariera, ibland vara distinkta tillstånd som ska särskiljas. Svårigheter att avgöra vad som utgör dissociation ger i sig svårigheter att skatta hur vanligt eller ovanligt dissociation är. Dissociation placeras på en kontinuumskala, från adaptivt och normalt till patologiskt.

6.1 Samvariation

Dissociation beskrivs i samvariation med andra diagnoser och tillstånd, samt kopplat till grupp tillhörighet.

6.1.1 Grupp

Dissociation nämns som förekommande i samband med markörer som utgörs av tillhörighet till någon grupp. De som förekommer är våldtagna kvinnor, flyktingar och muslimska flyktingkvinnor. Det är underförstått att dessa grupper utsatts för extrema trauman av interpersonell art, det är inte att vara flykting i sig som utgör risk för dissociation.

”jag har ju en patient som råkat ut för, som blev våldtagen och så och hon var ju väldigt dissocierad i början faktiskt” ”så var det rätt mycket när man jobbade med flyktingar från... muslimska flyktingkvinnor då var det mycket mer av den typen att helt plötsligt stod jag på stranden i nattlinne, såna där grejer” ”men det har oftast rört sig om traumatiserade flyktingar och sånt då, oftast har dom då varit dissociativa mer då dom vart inlagda på en avdelning”

6.1.2 Diagnos och psykiskt tillstånd

Beskrivningar av komorbiditet spänner över ett brett fält av diagnoser och psykiska tillstånd. De tillstånd som förekommit rikligast i materialet kommer att exemplifieras med citat. Dessa är tvångssyndrom, PTSD/PTSD-liknande tillstånd, kris och sorg, personlighetsstörningar, borderline och psykos. Andra som tagits upp av enstaka informanter är agorafobi, ångest och ångestsyndrom, affektfobi, ätstörningar, paniksyndrom, hysteri, Aspergers syndrom och as if-borderline. *”många som har personlighetsstörningar på något sätt” ”från början har det ju*

varit då hysteri, borderline, psykos och... men jag ser det inte riktigt så nu, utan... jag tänker mig mer att det kan förekomma mer eller mindre hos alla och i olika perioder, alltså i kriser och sorgereaktioner och... men att just det här som har funnits med från början, det blev kanske väldigt mycket i borderline” ”ja jag tror att, att personer som har en personlighetsstörning, alltså som har tidiga störningar i sin psykologiska utveckling då. Att... jag tror att det kan va vanligare än man tänker sig att delar av en själv på nåt vis yttrar sig” ”runt tvångssyndrom är det rätt så intressant att prata om dissociation på olika sätt kanske [...] tvångssyndrom kan ju va [...] ibland finns det ju lite hos klienten sånt som man nästan uppfattar som lite gränspsykotiskt, att man blir väldigt annorlunda när man har stora inslag av tvångstankar, men kanske är ändå lite krystat att dra det till dissociation” ”så jobbade jag mycket med flyktingar, med allvarliga PTSD-symtom, så då kom jag i kontakt med där väldigt mycket”

6.2 Kontinuum

Att uttrycka dissociation i form av kontinuum är ett framträdande tema. Där början av skalan utgörs av ”vardagsdissociation” och slutet på skalan former av personlighetsavspjälkningar och DID. Dissociation kan även vara adaptivt. ”från att det är ett försvar vem som helst av oss kan använda och vi behöver ju inte patologisera det till att det är ett syndrom innan hette det ju multipel personlighetsstörning och nu heter det multipel identitetsstörning, tror jag” ”ja och det här försvarsmässiga liksom upphävandet [...] att man vänder sig mot nåt annat och... (paus) helt plötsligt tänker jag att det kanske också är ett... att det också är... jag vet inte om det kan vara adaptivt också ibland. det har det ju varit från början naturligtvis, i individens genes kan man tänka sig, men... ett visst mått av den här förmågan är väl också adaptivt”

6.3 Vanligt/ovanligt

Uppfattningen om hur vanlig dissociation är hänger dels ihop med kontinuumtänkandet och dels med vad man tänker sig orsakar dissociation. Den mest framträdande uppfattningen är att den mildare graden av dissociation upplevs som vanlig medan de dissociativa diagnoserna är ovanligare. ”Alltså jag tycker det är rätt så vanligt, men kanske i mildare grad [...] kanske den här svårare formen av dissociation där det finns alltså flera avspjälkningar av självet det känns som att det ändå är mindre vanligt [...] alltså jag tror att det är inom psykiatri är en mycket högre procent än inom den vanliga befolkningen [...] med två tredjedelar har säkert varit med om någon form av mindre, om jag bara gissar” ”det är mycket vanligt, absolut ...

jag vet inte, åttio procent kanske, eller alla har ju den normala graden, men, men nån slags förhöjning, skulle jag gissa att det är nån, alltså majoritet i alla fall” ”jag tror egentligen att det är väldigt vanligt, jag tror faktiskt det. Sen handlar det ju om det här med definitionerna förstås, som jag kanske inte är så haj på, men om det är det som jag tänker så tror jag faktiskt att det är väldigt vanligt” ”alltså det är väldigt sällan jag får en patient som har huvuddiagnos dissociationsstörning, det verkar som att läkare använder det ganska lite ... ”

Samtidigt verkar uppfattningar om hur vanlig dissociation är också ha samband med hur kritisk man är till begreppet. *”Dissociation har jag inte stött på, utan det har varit mest varit lite hysteri [...] Själva begreppet är ju lite... alltså det har ju ingen större tyngd i psykiatrin, dissociation, så [...] tror inte ens det finns som diagnos, utan det, det är bara nånting man använder när man ska beskriva nånting [...] det ska ju vara väldigt vanligt förekommande bland trauma, traumafall, men jag har behandlat ja, tusen minst och jag har inte stött på ett enda.” ”Det är inte så aktuellt för mig och det är jaa, skulle vilja säga inte på denna och inte på den förra mottagningen, äh beroende på vad jag kan minnas så har jag nog använt ordet en gång när jag har skrivit journal, det kommer jag ihåg”*

7. Bedömning

Bedömning av dissociation beskrivs handla om dels att avgränsa vad som är dissociation från något annat, dels att dra gränsen för när dissociativa diagnoser kan ställas. Vilken grad av dissociation som kräver behandling, både i sig själv och för att möjliggöra traumabearbetning beskrivs ingå i bedömningsarbete.

7.1 Är det dissociation eller något annat?

Här avses både särskiljande mellan dissociation från andra symtom, och dissociation från andra syndrom. Gränserna uppfattas som något flytande, men vikten av att sträva efter en enhetlighet i språkbruk kliniker emellan framhålls.

7.1.1 Differentialdiagnostik

Det vanligaste differentialdiagnostiska temat är att skilja dissociation från psykotiska symtom, där distinktionen inte alltid kan göras. Det råder delade meningar om huruvida somatiska problem, somatisering och konversioner utgör former av dissociation eller ska ses som distinkta syndrom. *”så helt intellektuellt skulle jag vilja veta mera varför vissa människor dissocierar, vissa går i psykos och den mekanismen, och hur mycket inne i psykos är också dissociering [...] men det är svårt att skilja, ofta dissociationssymtom liknar ju sån*

premorbid... schizofrenisymtom” ”ibland när man gör differentialdiagnoser mellan psykos och dissociativa störningar, det gör man ju ofta därför att vissa som har dissociativa störningar hör ju också röster, och det är inte samma sorts röster som i psykos [...] så det har jag också jobbat, funderat över det, vad är skillnaden liksom...” ”men jag har väl gjort några misstag nån gång innan, alltså trots att nån har en psykos som inte, som antagligen inte va det [...] jag tycker det är jättesvårt, men vi har ju ett team som arbetar med nyinsjuknade i psykos och dom gör ofta den [differentialdiagnostiska bedömningen], när vi har haft den frågeställningen så har dom sagt nej det är nog dissociation” ”en uppsats som handlar om, behandlar ämnet dissociationer, det man menar alltså är konversionshysteri, och det är möjligt alltså att man kan säga att det är ett dissociativt fenomen det är möjligt men det blir förvirrande när man använder termerna på det här viset va [...] det är viktigt att vi inte råkar ut för en begreppsförvirring, och att vi har samma språkbruk [...] men alltså alla försvarsmekanismer är släkt till varann, de gränsar till varann det är möjligt att det är nåt liknande här när man alltså låter en kroppsdel gå förlamad” ”det beskrivs ju i litteraturen och jag har sett på nån av mina patienter också nån somatisk ohälsa som är kopplad till i vilket jagtillstånd dom befinner sig.”

7.1.2 Dissociation eller andra fenomen?

Ett framträdande tema i gränsdragningen mellan dissociativa symtom och andra fenomen hos patienten är graden av medvetenhet, där patienter som uppfattas aktivt välja undvikande från obehag inte ses som dissociativa. ”men äh ... när det gäller de här mer enkla ångestsyndromen så att säga, så känns det mer som alltså det är inte nån djupare dissociation det är mer, ja en flykt från det fysiska obehaget som man intellektualiserar kring, det är min egen förståelse” ”Men då uppfattar jag inte det som att man dissocierar utan då tänker jag på det mer som att man är väldigt medveten om omvärlden och om vad det är som händer, det är mer något som ett fritt val, nånting man kan styra över, en dissociativ upplevelse tänker jag att man inte riktigt styr över att man mer eller mindre hamnar i det”

7.2 Kliniska tecken

Informanterna uttalar sig om kännetecknen de använder sig av för att identifiera och diagnostisera dissociation, både utifrån deras egen förståelse av vad begreppet dissociation innefattar och utifrån klinisk observation av patienten. Användandet av screeninginstrument för dissociation benämns enbart vid ett tillfälle. En spridning i personliga resurser hos dissociierande patienter beskrivs.

7.2.1 Egna kriterier vid bedömning

Ett framträdande tema är användandet av personliga kriterier för vad som är dissociation och vad som är dissociation av diagnostisk dignitet i bedömningen av patienter. Informanterna hänvisar till sin förståelse av hur de personligen konceptualiserar dissociation för att göra kliniska bedömningar. *”jag hade nog nappat mer på dissociationen och gått vidare med det om den [patienten] hade alltså aktivt beskrivit att den var någon annanstans liksom, alltså att den var med om nånting hemskt och samtidigt gick till nånting som var bra, inte bara att man tänkte på nånting annat när det hände nånting hemskt, så om det passar in i mina såna här kriterier för vad dissociation är för mig”* *”är det dissociation så tror jag att det är kopplat till att de i en eller annan mening så har de, de har inte en upplevelse att de på ett effektivt sätt kan avgränsa sig från en potentiell förövare, de har ju inte, man kan inte, man upplever sig inte kunna stänga dörren om sig”* *”ja och då har jag ju haft, utöver ögonrörelser och kriterierna i DSM-systemet ett eget krav för att jag ska våga ställa diagnosen, en förändring ska hända i rummet framför mina ögon, så tuff har jag varit på det för det är så ifrågasatt, men jag ska ha sett det hända, och det har jag ju gjort också ”* *”och att man kan ha lite såna här... tillstånd, men däremot [...] riktig dissociation att han kan befinna, plötsligt så är han flera kilometer hemifrån och vet inte hur han har kommit dit”*

En av informanterna kontrasterar med att tala om screeninginstrument som ett sätt att identifiera dissociation hos patienter, istället för att enbart förlita sig på egen bedömning. *”jag använder DES mest, jag brukar ge till människor att fylla i hemma, eller här, men man måste kolla ju det via intervju, man kan förstå frågorna på olika sätt, så jag litar inte riktigt på, alltså direkt, de är lite svårare att tolka än många andra såna självskattningsformulär [...] jag har också använt DDID, eller vad den nu heter [...] man frågar direkt om svår trauma, så det är lite för exponerande, sen har jag SCID-D, 90 sidor, men jag har aldrig använt det, men jag har det, så annars är det mest intervju.”*

7.2.2 Patientens berättelse

Kliniska tecken som associeras med dissociation innehåller både aspekter av patientens berättelser och patientens sätt att berätta eller inte berätta. *”... man så att säga tappar tråden i sin berättelse till exempel och egentligen inte riktigt vet var man, var man då befinner sig och då tänker jag i alla fall att det kan va så att det är ett dissociativt beteende så att säga, det är nånting som händer där som... eh... där nån annan del av en så att säga tar över...”* *”ju mer vi träffades, desto mer beskrev hon av dom här minnesluckor [...] kommer hon på sig att hon*

inte vet vad dom pratar om och att hon har varit borta. Och det är aldrig, det har aldrig varit tal om några längre stunder, utan kanske nån minut så, eh... men tillräckligt att hon känner sig förvirrad [...] plus att det har varit flera saker i anamnesen som det här med... oförklarliga [...] Jag kommer faktiskt inte ihåg vad det var mer, men det har varit någonting mer med... om det var somatiska symtom” ”då ställer jag ju då en massa följlfrågor för att se graden av detta, finns det en upplevelse av flera själv, finns det fler namn. med namn kan man va rätt försiktigt, skriver du samma handstil, har du huvudvärksproblem, för dom brukar ju beskriva huvudvärk, märkligt, en del av dom, minnessvårigheter och så tar jag upp en massa frågor som handlar om dissociation” ”Man har betecknat det så hos patienter då, på avdelningen som dissociativa, och då har dom mest... så dom har inte kunnat få kontakt med dom, dom har inte varit psykotiska, men dom har ändå liksom varit i en annan värld, som varken hör eller ser”

En informant som kopplar dissociation mycket starkt till pågående upplevelse av trauman ger andra kliniska tecken; *”ibland förtiger [patienten] saker va, man ser på kroppshållning å allt annat att det här är, det är inget som är överspelat utan, det är ett levande trauma [...] det kan vara ganska subtila saker som gör att det, att dörren står på glänt, det kan handla om att man på många vis markerar alltså undergivenhet, eller underkastelse, rent symboliskt alltså...”*

7.2.3 Patientens resurser

Patienterna beskrivs med varierande resurser och spannet går från välfungerande i vardagen till patienter som har uppenbara svårigheter. *”alltså fungerat bra i vardagen, hon har jobbat som [...] och haft en stabil relation” ”patienter som inte är så skottskadade så att säga de, de kan ju ha ett annat anslag, de är öppnade och frimodigare och mer förtroendefulla och att du kan ställa det mot folk som då kommer i andra ändan av skalan som är, de tar sig dit med största svårighet och de kan ju ha, vara beredda på att det kan hända vad som helst i rummet”*

7. 3 Bedömningar om behandling

Bedömningar om behandling av dissociation görs mot bakgrund av hur handikappande fenomenet är för personen och för behandlingen. Långvarig dissociation som mer permanentad copingstrategi ses som en risk för utvecklandet av andra problem och bör därmed behandlas.

7.3.1 Dissociation som kräver respektive inte kräver behandling

Eftersom dissociation till största delen förstås som spritt längs ett kontinuum, där de lättare graderna är normala eller till och med adaptiva görs gränsdragningar för vilken nivå av dissociation som bör behandlas. Här finns en inbördes motsättning mellan positionen att dissociation utgör ett hinder för all annan behandling och därför behöver åtgärdas först, och positionen att en viss nivå av dissociation inte stör terapin och därmed kan betraktas som ett sekundärt problem som förbättras i takt med att livet i stort förbättras. *”det blir i lindrigare fall det handlar om att, att jag måste lita på människans förmåga att hantera dissociation innan man kan komma vidare, väldigt lindrig dissociation gör ingenting, men sån mitt emellan svårighetsgrad, så jag måste vänta på att det blir tillräckligt bra”* *”innan du arbetar med det dissociativa syndromet så hjälper det [behandlingen] inte, det blir inte bra”* *”Att få mer ordning och styr på livet i övrigt för att se om det [dissociation] helt enkelt minskar om man får bättre rutiner, sover ordentligt och löser sina relationella problem som man har då och så vidare”*

7.3.2 Dissociation vid traumabearbetning

Om patienten uppvisar besvär efter trauman krävs en viss nivå av arbete med dissociationen för att traumabearbetning ska fungera utan risk för retraumatisering. Viktiga funktioner som bedöms är patientens emotionella fungerande samt vid fragmentering att det finns ett samarbete mellan de olika aspekterna i patienten. *”mitt mål är ju det att hitta någon slags harmoni först innan man kan komma vidare till, till att aktivera gamla jobbiga händelser, för det är det som är risken att det skulle vara någon skyddande del som protesterar och gör nånting ... farligt eller sådär förstörande, så man måste ha alla bitarna i samarbete innan man kommer vidare”* *”den [gräns mellan att behandla och inte] drar jag ... alltså, det kommer fram ganska fort att hur människan hanterar olika känslor, [...] jag vill .. undersöka det noga, det är mycket vardagshantering, och, ... men där känslomässig flexibilitet är ganska stark, också det hur bra emotionell kontakt jag får med patienten ... den magkänslan att, att det, att det man har tillräckligt mycket trygghet i sig själv, det kan vara trygghet .. med sina fenomen, så att, gränsen det är inte så ... ofta är traumabearbetning lätt när man kommer dit, men det här, avgöra gränser, är antagligen ofta mycket svårare att bedöma...”*

7.3.3 Långsiktig påverkan

Ett tema är att långvarig dissociation i sig kan skapa svårigheter för patienten, både somatiskt, socialt och i förmåga att hantera svårigheter. *”dissociation när den är omfattande och*

kraftfull till och med kan frambringa olika somatiska tillstånd” ”jag tror jag vågar säga att det blir en del av personligheten, det kommer att präglade en åtminstone tills det man upplever som hotfullt har konkret alltså avskilts ” ”... och nånting som kan få enorma konsekvenser, mycket mycket mer än vad i alla fall jag har förstått från början, jag tror att det blir en pålagring liksom i hela, hur man relaterar och hur man bygger upp sitt relaterande och hur man bygger upp sin varseblivning många gånger också tror jag faktiskt [...] ja att det (konsekvenserna) blir ett, ett... ett fragmenterat upplevande och det kan bli ett förytligat relaterande, det kan bli ett undvikande av att se och ta till sig saker och att kunna kommunicera runt dom och (paus) ett undvikande av att... sörja i stort och smått.”

Psykologens förhållningssätt till dissociation

1. Dissociation väcker känslor

En del av känslorna som väcks i samband med dissociation kan tillskrivas den ovan beskrivna upplevelsen av att starkt påverkas i den terapeutiska relationen. Att känna starka känslor i relation till en patient lämnar avtryck. Den andra delen av känslorna som väcks är de som står i relation till begreppet och följdverkningarna av både begreppet och det begreppet står för är ganska subtilt, vilket i förlängningen leder till nyfikenhet och intresse och i vissa fall till diskvalificerande.

1.1 De negativa känslorna

Den dominerande upplevelsen i relation till arbete med dissociation är att det är svårt. Svårigheterna beskrivs både i relation till begreppet och i relation till terapeutiskt arbete med dissociation. Dels är det svårt att veta och förstå vad begreppet står för. Bredden av dissociation som begrepp är ett problem när det gäller att förstå vad dissociation faktiskt är. Ett beskrivande ord är ”luddigt”, samt konstaterandet att det som kallas dissociation kan visa sig beteckna olika saker för olika personer, beroende på hur fenomenet avgränsas. Detta kan resultera i att det är oklart vad som är kliniska tecknen och därmed skapa svårigheter i att känna igen det hos patienten. Svårighet att känna igen dissociation hos patienten kan även tillskrivas dissociationens egenskap som subtil och att det kan ta tid att upptäcka. Det finns följdaktig osäkerhet på den egna förmågan att identifiera dissociation. Den andra aspekten av svårigheten är att dissociation kan vara skrämmande. ”för det är väldigt svårt tycker jag liksom att säga att det är en förändring av medvetandetillstånd eller förändring av identitet, identitetsupplevelse, det är ganska svårt att greppa om tycker jag” ”jag är inte sådär riktigt klar över det, hur det skulle kunna, jag kan inte komma på några såna kliniska tecken just nu”

”det är liksom ett luddigt område [...] vad har man för definition egentligen, är det fortfarande det här med identitet och medvetande och inre försvar, vad säger man?” ”jag kan tänka mig hur man kan i relationer liksom ganska omärkligt avskärma sig och gå miste om saker eller... och att det är så väldigt omedvetet hos patienterna och ganska svårt att upptäcka också i terapin, tar ganska lång tid innan jag kan upptäcka det, hur fungerar verkligen den här personen i relationer” ”det hade kanske varit spännande att gå vidare men också skrämmande [...] hur man ska förhålla sig till en patient som plötsligt byter hela sitt sätt att va?” ”Intervjuare: du kanske dissocierar lite? Informant: hur tänker du nu, usch, nä usch (skrattar)!”

1.2 Intresse

Parallellt med de negativa känslorna existerar temat intresse, det finns en önskan att lära om och förstå fenomenet. *”och att det är väldigt spännande område där man kanske inte vet så mycket om fortfarande” [på frågan om associationer till ämnet för intervjun] ”det var på tiden! [...] jo alltså det, det här begreppet är ju väldigt viktigt” ”jag tänker det är spännande att kanske andra har mer svar” ”jag har ju intresserat mig för dissociation sen 90talet [...] sen började jag intressera mig för det forskningsmässigt”*

1.3 Skepsis

Skepsis är ett framträdande tema, som tar två olika former. Den ena är informanter som förhåller sig till andras skepsis, som de själva inte delar; detta gäller främst diagnosen DID. Den andra är skepsisen uttryckt av informanterna i form av ifrågasättande om man alls stöter på dissociation eller om patientens upplevelse faktiskt är dissociation när beskrivningen låter så. *”Ett eget krav för att jag ska våga ställa diagnosen, en förändring ska hända i rummet framför mina ögon. Så tuff har jag varit på det, för det är så ifrågasatt, men jag ska ha sett det hända, och det har jag ju gjort också” ”Det fanns ju kyrkor som tog emot patienter och gav dom diagnosen och intalade dom saker, det var ju lättsuggestiva människor, alltså du vet det drar ju ner allt i smutsen.” ”Det här såg suspekt ut och jag tror att hela saken fick om inte ett löjets skimmer så blev man tveksam, att det här spädde på det att man håller det här på distans va, och det är olyckligt va [...] Nånting då som vi blev tveksamma till sanningshalten i eftersom de som är expertisen på det här var alltså klart behäftad med vissa problem” ”Ja det är att jag inte vet så mycket om det, för att det är som sagt inte så vanligt förekommande, det är väl mer i... ja, i bokform då alltså, litteraturen är nog rätt så rik på dissociation, olika typer av det men verkligheten är ju lite annorlunda” upplevelsen är kanske att patienterna*

gärna använder ord som tangerar dissociation på, på olika sätt utan att det kanske är vad teoriböckerna menar med dissociation”

2. Tankar om kunskap

Den primära kunskapskällan om dissociation och behandling är böcker. Film, föreläsningar och kunskap förvärvat i samband med kurser i Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nämns också. *”det var väl en föreläsning som jag var på just om självsador och dissociation [...] det var väl då som allting föll på plats”*. En gång nämns psykologutbildningen. Trots att beskrivningar som getts av dissociation och arbete med det är rika och att listan på namn som refererats till under intervjuerna är digra, är den dominerande beskrivningen vad gäller kunskap upplevelser av brist och förlust.

2.1 Upplevd brist på kunskap

Kunskapsbrist uttrycks riktad mot informanterna subjektiva upplevelse och visar sig i viljan att läsa böcker och uttrycken att man inte kan något om dissociation. Den uttrycks också riktad mot behovet av mer forskning kring dissociation. *”Jag kan ingenting om de här dissociativa tillstånden och så där, det är ingenting som jag arbetat med aktivt”* *”Jag inser ju hur lite jag egentligen kan om det här, och så här, nu känner jag bara att jag skulle vilja ha en bok och sen sätta mig och läsa först och sen komma och säga nånting klokt”* *”Jag tänkte just att jag får gå hem och titta i en bok”* *”jag vet ju inte så mycket om det, men jag har i alla fall funderat över det”* *”En av dom mest spännande sakerna är också hur ser det ut i hjärnan under dissociation, det skulle jag vilja se, alltså till skillnad från andra försvar. Och... hur kan det va att dissociation när den är omfattande och kraftfull till och med kan frambringa olika somatiska tillstånd?”*

2.2 Kunskapsförlust

Tema kunskapsförlust utgörs av farhågor för att kunskap går förlorad när gamla teorier ersätts med nya. Mer specifikt hänvisas till kunskapen om teori om försvarsmekanismer som ses som central för att förstå dissociativa symtom. En konsekvens av kunskapsförlust är dessutom ökade kostnader för samhället och för de drabbade individerna, för att feldiagnostisering riskeras. *”Det är ju så på det här fältet att alla ska uppfinna hjulet från början och alla ska hitta en egen teori och om man hittar nånting nytt ska det slå ihjäl allting annat [...], man har fått lära sig och man har fått ställa om och man får ha fel och man får vara öppen för att lyssna på vad folk säger, titta på vad som sker och släpp inte gamla teorier förrän det är*

befogat, men komplettera” ”Sen hur det är i psykiatrin i allmänhet, där tvivlar jag på att det används, eftersom över huvud taget kunskapen om den psykoanalytiska teorin om försvar minskar. Så jag tror det är i minskande att även förstå sig på dissociation.”

”Det kan ta väldigt lång tid till rätt diagnos ställs och under tiden har patienten hunnit få hur många diagnoser som helst och det har kostat sjukvården stora summor, så innan du arbetar med det dissociativa syndromet så hjälper det inte, det blir inte bra. Så att tappa kunskapen om det är ju dyrt för samhället, utöver att det är dyrt för individen, så att säga, det kostar ju individerna massor.”

3. Arbetsplatsen

Aspekter som ytterligare försvårar arbetet med dissociierande patienter finner vi i berättelserna som kan tillskrivas arbetsplatsens egenskaper. Den ena aspekten är psykiatrins resurser och kravet på att begränsa sig tidsmässigt medan dissociation ofta tar tid att upptäcka och behandla, den andra aspekten är att det är tämligen tyst inom psykiatrin när det kommer till dissociation.

3.1 Patienten och tiden

Undertemat patienten och tiden beskrivs genom slitningen mellan tid som resurs inom psykiatrin och den dissociierande patientens behov av tid för att bygga en tillräckligt trygg terapeutisk relation för att någon bearbetning ska kunna ske. *”Vi har väldigt mycket att göra, alltså vi, som psykolog så känner jag att vi måste ha ganska tidsbegränsade terapier, och så det innebär att man mer och mer får trivas i att i det första samtalet försöka hitta absoluta mål, alltså det är kontraproduktivt sett, men att, att peka nån riktning” ” För att man ska lära känna dom här patienterna eller att man ska kunna observera det här så fordrar det ändå en ganska nära kontakt och att man träffas ganska länge, tycker jag. [Intervjuare: Finns det utrymme för det i psykiatrin?] Nej, även om man tar sig det i alla fall, men egentligen finns det inte riktigt det” ”Att jag lär känna patienten och kan lita på... för känner jag att jag inte riktigt kan lita på den patienten helt, alltså fullt ut, då... är det inte riktigt... läge kanske. Om man, det finns en del patienter som det är just den här liksom fasen och det kan ta hur lång tid som helst, alltså, nästan, att bygga upp tillit.”*

3.2 ”Vi pratar aldrig om det”

Psykologernas upplevelse av dissociation i relation till arbetsplatserna är att dissociation något man sällan pratar om. En del av upplevelsen, som kommer från samma håll som skepticismen,

är att begreppet saknar aktualitet. En annan del är att psykologernas arbete utförs med grund i frågeställningar från läkare och påverkas därmed av läkarnas diagnostik. *”Jag menade de här diagnoserna, det är alltså, när jag menar stött på så pratar jag egentligen inte om jag har stött på det hos patienter eller inte, för det kan hända att jag har missat, men jag har inte läst in mig på det och känner inte till dem, jag har inte diskuterat det med nån kollega.”* *”Det [dissociation] är nog inte nåt ord som jag använder så där väldigt mycket i den kliniska vardagen”* *”Själva begreppet är ju lite... alltså det har ju ingen större tyngd i psykiatrin, dissociation, så...”* *”Det är inte så aktuellt för mig och det är jaa, skulle vilja säga inte på denna och inte på den förra mottagningen, äh beroende på vad jag kan minnas så har jag nog använt ordet en gång när jag har skrivit journal”* *”Sen är det ju såklart också att när ett syndrom uppmärksammas, om det tilltalar läkarna så kommer ett decennium av överdiagnostisering. Om det inte tilltalar läkarna så kommer ett decennium av ifrågasättande.”* *”Det [att inte ha arbetat med dissociation som diagnos] tror jag delvis beror på att det är väldigt sällan som man får en sån frågeställning. [...] Att det inte är så vanligt att man får en, en patient, att det här är en dissociativ störning, jobba med det, utan man får med andra diagnoser, så kanske man upptäcker det”*

4. Omsorg om patienten

Etiska överväganden i relation till patientskydd är ett framträdande tema. Beslut om behandlingsinterventioner vägs mot hänsynstaganden om möjliga konsekvenser av brist i metod och kunskap. Ett kritiskt förhållningssätt till de egna teorierna, instrumenten och metoderna tillämpas. I de fall dissociierande patienter lever i ett pågående trauma beskrivs behov av skydd. Psykologen kan därmed behöva ta en mer aktivt skyddande och intervenerande roll än vanligt i relation till omständigheter kring patienten utanför rummet. I relation till att dessa patienter ofta är utsatta har samhället också ansvar.

4.1 Etik

”Om man ska börja jobba med det på nåt sätt, det är svårt ... det gör ju ont så att säga att börja plocka i det här, å det får man väl ibland liksom känna att det får man ju väga är det lönt, är det värt det på nåt sätt, kan man föra det här i mål på nåt sätt?” *”Om det kommer någon som beskriver nånting som enligt min beskrivning påminner om dissociation så skulle jag nog, med risken för återtraumatisering och så vidare, så skulle man ju vara extremt extremt försiktig liksom, om man inte förstår nånting så kan det vara grund att man inte ger sig in i det”* *”Jag har lärt mig att inte ösa ur mina teoretiska strukturer för mycket heller, det*

är lite balansgång där, känner mig lite manipulerande om jag pratar för mycket om det, strukturell dissociation, å så... så jag är lite försiktig att prata om olika delar, försöker välja sånt språk som låter ganska norm... normaliserande [...] Man använder sin maktposition, säger hur psyket funkar, och det är mycket som vi inte vet, så man ger alltid enkla modeller” ”man måste ju ålägga sig en viss... skärpa själv [...] det är ju över huvud taget att vi som psykologer ska kunna va självkritiska och kritiska till våra teorier och metoder och se dom som nånting som är i ständig utveckling.”

4.2 Skydd

”När jag får aning om [att det föreligger ett aktivt hot mot patienten] måste jag säkerställa att jag inte släpper ut patienten till samma helvete som de har kommit till rummet ifrån [...] det är vår solklara plikt va, det går inte att vara passivt vittne till nånting”.

”Folk kan ju vara inne i fruktansvärda situationer eftersom det är ju offret som får betala priset så att säga, förövare kan ju gå lösa när de har suttit av minimalt straff” ” Samhället har ju brustit väldigt här och alltså det var lite grann en beskrivning som att leva i krig”

5 Metoder

Redan i planeringen av studien bestämdes ett icke-polemiserande förhållningssätt från författarnas sida i relation till metod. Alla psykologer inkluderades utan frågor om metodologisk preferens och inga metods specifika frågor ställdes. Trots detta är metod ett framträdande tema i den bemärkelsen att psykologerna förhåller sig aktivt och kritiskt till metoder och skillnaderna mellan dem. I relation till KBT som behandlingsmetod är ett framträdande tema upplevda begränsningar i arbetet med dissocierande patienter. Dessa begränsningar beskrivs utifrån metodens sätt att konceptualisera problem som begränsade till här och nu och vad gäller de strama kraven på tidsbegränsade terapier. De psykologer som använder sig av psykodynamiska metoder upplever att de trots bristande resurser i psykiatrin rent metodologiskt har möjlighet att öppna sig för problematiken.

5.1 PDT och/eller KBT

Informanterna förhåller sig till metodernas likheter och skillnader i arbete med dissociation.

”alltså jag är definitivt inte nån psykodynamiker alltså så och jag har knappt k-et i KBT heller men, men i nån form av omedelbar återkoppling eller i vad som händer i rummet så jobbar jag med väldigt speglade dynamiska metoder liksom att jag, jag talar om precis hur jag känner när, när den här berättelsen kommer liksom å då, då kan det då hända att om nån

har svårt att minnas att jag kan spegla tillbaka det och bara tala om rakt ut vad man börjar känna händer i rummet, det blir nog lite olika” ”[om patienten vill fokusera enbart på att förstå sin dissociation] får man det att man bara får att man har förståelse och även bakgrund så känner jag mer och mer att jag ändå måste komma tillbaka att jag inte riktigt kan ge det, så att säga, att jag inte riktigt, att vi måste koppla det till nånting som är här, ett problem här och nu i vardan alltså [...] som jag då med mitt behandlingsperspektiv inte ser riktigt leder nånstans, asså i en nyorientering på nåt sätt” ”Sen har vi ju den här uppdelningen här med KBT och så, och där ser vi ju ändå rätt så olika på patienternas problem eller patienternas symtom, liksom. Det är väl det som är olikheten. att kanske är det så att man i KBT att man mera litar på att man... att man kan manipulera liksom det här overta beteendet utan att gå in på dom här... för där har man ju den där mallen mera man går efter. Då tror jag faktiskt att man stänger av sig själv lite mer än om man, som psykodynamiker så är man ju mer, man går mer in liksom och inväntar nånting. Man bestämmer ju inte innan, ja det kan ju va vissa grejer naturligtvis, men man bestämmer ju inte att nu ska vi, idag ska vi prata om det och det. Så att det blir lite annorlunda i och med att man liksom öppnar sig för det tror jag faktiskt.”

5.2 Begränsningar med KBT

Informanter med erfarenhet av KBT som metod beskriver begränsningar i arbetet med dissocierande patienter. ”Det är extremt svårt att jobba med det, att jobba med nån som inte kan riktigt säga vad som händer liksom försvinner många utav de verktygen som man vanligtvis har, äh, att göra saker mer konkreta eller att hitta ett ställe där man kan gå in och påverka i tanke och beteende och så vidare när man jobbar med KBT i alla fall, äh, man faller lite platt i de vägarna liksom” ”man liksom känner att man anstränger sig väldigt mycket, liksom att jag pratar också mycket å allting men det händer liksom ingenting, [...] man jobbar på man har sitt KBT-kit på nåt sätt å man har en ambitiös och duktig klient som gör hemuppgifter å annat och som gång fyra eller nåt kommer å säger att jag har bara ställt in nån kuliss [...] en fasad som man inte är bekväm med men ganska effektiv i, och det är ju svårt att behandla och genomskåda” ”dels därför det kan ju vara ligga långt tillbaka i tiden om man tänker sig att det finns en väldigt traumatisk upplevelse, då jobbar vi asså, i princip all KBT man jobbar med, vad som vidmakthåller problem snarare än vad som utlöst det, ur det perspektivet blir det [dissociation] mindre intressant”

5.3 EMDR?

EMDR diskuteras som metod av flera informanter, med spridda inställningar till huruvida det är ett lämpligt metodval eller ej med dissociierande patienter. *”jag har gått en utbildning i EMDR, där man ju sysslar en del med dissociation, man ska t ex utesluta dissociationer och kunna arbeta med det i enklare fall och hur man kan arbeta med dissocierade personligheter i EMDR”* *”jag undrar vad långtidsverkningarna av den terapin [EMDR] kommer att bli, för du sätter igång dissociation skulle jag vilja säga i den terapin, jag har inte fört detta vidare, jobbat med det, men personligen är jag undrande, är det det man gör, lär personer att dissociera, så att det till slut går att försätta dom i det tillståndet och kommer det att ploppa upp sen?”* *”en dissociativ person kan man ju inte behandla med på vanligt sätt så att säga, med EMDR och annat .. det blir bara värre egentligen [...] i och med att den... dom har... man har inte samma kontakt med dom .. sen när man gör EMDR så måste man ju veta exakt vad som händer, men dissocierar dom, så... alltså jag vet att det finns EMDR-terapeuter som har hållit på med dissociativa patienter, men då kör dom inte egentligen EMDR”*

Diskussion

Resultatdiskussion

Ett syfte med arbetet var att lyfta eventuell tyst klinisk kunskap om dissociation, vad gäller konceptualisering av fenomenet och hur man arbetar med det som psykolog. Med avseende på detaljrikedom, bredd och djup i informanternas utsagor om båda dessa aspekter av begreppet dissociation, som ligger till grund för resultatet, kan detta syfte anses vara uppfyllt (Morrow, 2006). Det går helt klart att säga att resultatet representerar kunskap. Att informanterna dessutom uttrycker att begreppet dissociation är något det inte pratas om på arbetsplatserna samt att detta även kan sägas återspegla den allmänna diskursen, innebär att studien uppfyller syftet att lyfta tyst kunskap.

Det faktum att informanterna, trots att ha lämnat ett material som på samlad nivå är kunskapsmässigt rikt och värdefullt, upplever sig ha bristande kunskaper och visar ett intresse av att lära sig mer kan också tolkas som resultat av tystnaden kollegor emellan. Finns det inte en levande diskussion i arbetsplatskontexten har man bristande möjligheter både till jämförelse och utveckling av begreppsapparaten och upplevelserna kring dissociation. Har man inte möjlighet att placera sin kunskap i en större kontext och man bara har sig själv som referensram är det inte ovanligt att upplevelsen innebär brist och önskan om mer. Genom den samlade upplevelsen som utgör resultatet för studien görs kunskapen explicit och därmed tillgänglig för andra (Illeris, 2007).

Att kunskapen blir tillgänglig för andra, särskilt i kombination med den typ av kunskap som lyfts, leder oss till arbetets pragmatiska ansats och syfte, nämligen att presentera kunskap som är kollegialt användbar och intressant. Att upplevelsen kring dissociation kunde presenteras med tydliga teman som sträcker sig från hur begreppet konceptualiseras, hur man arbetar med det i terapirummet till hur det upplevs av psykologerna i den kontext de arbetar, bidrar till användbarheten av resultaten. På en mer konkret nivå i relation till användbarhet har begreppet dissociation genom studien utvecklats från något brett och ”luddigt” till att informanterna har fyllt ordet med olika symtomkluster som går att använda som kliniska tecken. Om kunskap genererats som är kollegialt intressant är egentligen en fråga som just nu endast kan besvaras utifrån en subjektiv position. Vi anser att studien har gett oss både användbar och intressant kunskap i den bemärkelsen att dissociation för oss nu har fått en definition som närmar sig den kliniska användbarheten kontrasterat mot den mer begreppsvärldsrelaterade betoning som fås genom att läsa många forskningsartiklar. Vår innerliga förhoppning är att även våra informanter genom att läsa varandras citat upplever att de får ett intressant utbyte i form av kollegial diskussion och ny kunskap.

Lyfter vi diskussionen om användbarhet och nytta till ett större perspektiv än det mellan oss och våra informanter, skulle ett tydliggörande av begreppet som resultat av studien i förlängningen innebära klarhet i symtom och åtgärder. Därmed skulle en förändrad inställning till begreppet dissociation skapas i en större kontext. En liten del av detta kan tänkas bli resultatet av studien, som per automatik har lyft begreppet ur tystnaden i den allmänpsykiatriska kontext där intervjuerna ägt rum. En sådan utveckling ger naturligt bättre förutsättningar till att ge dissociierande patienter adekvat vård, eftersom dissociation som begrepp då finns med i behandlarens begreppsvärld, vilket minskar risken för feldiagnostik (Leonard, Brann & Tiller, 2005).

Även om den delen av studien som handlar om användningen av begreppet kan sägas ha genererat tydlig och värdefull kunskap att använda i en större kontext, kvarstår faktum att dissociation som teoretiskt begrepp är spretigt. Detta innebär att diskussionen med syfte att lyfta och problematisera begreppet utan problem kan göras. Problematiseringen ligger delvis i linje med den delen av resultaten som berör psykologernas förhållningsätt till begreppet dissociation, som kan sammanfattas med ordet svårt. Den första aspekten i att det är svårt som informanterna tydligt uttrycker är begreppet och allt som följer med det; osäkerhet i vad det egentligen står för, begreppsförvirring, skepsis och så vidare. Det andra aspekten av att det är svårt ligger på en relationell nivå. Aspekter i den terapeutiska relationen är svåra att förstå, det är svårt att få tillgång till personen som uppenbarligen inte relaterar med lätthet. Den

dominerande kopplingen till interpersonella trauman innebär också att det obegripliga traumat som finns i rummet väcker svåra känslor och osäkerhet hos psykologen. Att uppleva svårigheter i relaterandet till en patient i kombination med att dessa svårigheter förklaras med ett begrepp som präglas av ”luddighet” och stor forskningsmässig inkongruens kan vara faktorer som gör att det som utspelar sig i terapeutrummet blir obegripligt och därmed svårt att prata om.

En annan aspekt av svårighet är tid. Resultatet är tydligt i avseendet att patienter med dissociativ problematik av klinisk dignitet tar tid. Ofta måste en terapeutisk relation byggas utifrån den problematiska förutsättningen att patienten har svårigheter med tillit och startpositionen ligger på en ytterst grundläggande nivå. Oavsett vilket paradigm behandlaren tillhör och vad personen har för syn på terapeutisk allians, utgör den terapeutiska relationen ett svårnavigerat område med dessa patienter. I relation till psykiatrins resursdiskurs, där en behandling inte får ta mycket tid i anspråk, utgör kravet på tid en speciell svårighet. Enligt ISSTD:s riktlinjer baserade på forskning som tagit fram evidens vid behandling av DID och DESNOS, rekommenderas behandlingar på 3 till 5 år (Gerge, 2010b). Förhållandena i psykiatri siktas in sig på kortvariga behandlingar, vilket självklart leder till att det är svårt att adekvat adressera och lösa en komplex problematik på den tid som är möjlig att avsätta.

Kopplingar görs från dissociation till oerhört många olika syndrom och tillstånd utan närmare specifikation om man ser dissociation som något distinkt som samvarierar med symtombilden eller som en del av denna. Upplevelsen är att dissociation är vanligt i någon form, oberoende av om man ser det som patologiskt eller inte. Samtliga informanter placerade dissociation på ett kontinuum, där mindre användning sågs som normalt eller till och med adaptivt, medan ökade nivåer ansågs patologiska. Detta ligger i linje med majoritetens konceptualisering av dissociation som försvar (McWilliams, 1994) och som fenomen över huvud taget (Beere, 2009). De informanter som arbetat med dissociation hos patienter såg även att dissociation var vanligt i kliniskt signifikanta nivåer. Därtill fanns det en minoritet som inte ansåg att begreppet hade någon klinisk relevans.

Eftersom teori skapar olika sätt att förstå problematik, så konceptualiseras fenomen som uppfattas som lika varandra som psykos och hysteri å ena sidan eller dissociation å andra sidan beroende på om behandlaren har eller saknar kunskap om trauma i patientens bakgrund (Moskowitz et al, 2009b; McWilliams, 1999). Informanternas upplevelser och erfarenheter visar dock tydligt att i verkligheten glider dessa fenomen in i varandra. Frågan kan ställas hur intressant det egentligen är i sammanhanget om dissociation samvarierar eller sammansmälter med andra fenomen, särskilt om dissociation helt enkelt är ett resultat av

oförmåga att hantera egna affekter oavsett etiologi, som många av informanterna uttryckt. Detta ligger i linje med utvidgningen av traumabegreppet från att avse distinkta händelser till att utgöra en belastande livssituation i forskningen om dissociation i samband med desorganiserad anknytning (Dutra et al, 2009). Däremot är det tydligt att användbarhet av begreppet dissociation i bedömning och behandling där man ser att dissociation har klinisk dignitet sätts i samband med trauma och traumabearbetning. I övrigt verkar dissociation inte vara något som informanterna anser behöver behandlas direkt. Utan traumakopplingen är begreppet dissociation intressant som försvarsmekanism och behandlas då i egenskap av ett sådant, i de fall patienten använder dissociationen på ett sätt som präglas av rigiditet. Den starka sammankopplingen mellan patologisk dissociation och interpersonella kränkningar skapar dock den ytterligare komplikationen att det är svårt att veta om patienten inte har upplevt trauman eller om patienten helt enkelt saknar tillräcklig tillit till behandlaren för att berätta om dem, något som även Gerge (2010b) uppmärksammat.

Informanterna förhåller sig i liten utsträckning till de dissociativa diagnoserna som helhet. Detta kan ha flera orsaker. En av dem är att diagnoserna, som anförts tidigare, utgör extremerna av dissociationsspektrat och därför helt enkelt inte är aktuella i ett allmänpsykiatriskt sammanhang. En annan tänkbar anledning är att diagnoserna som de är utformade idag inte är valida koncept. Denna position kan sägas ha stöd i det faktum att många av informanterna faktiskt förhöll sig till en av diagnoserna, nämligen DID, den enda diagnosen som forskats på i någon större mängd. Dock gjordes inga djupdykningar i detta tema på grund av studiens mer allmänna fokus. En aspekt av varför psykologerna förhåller sig till dissociation på symtom- och upplevelsenivå istället för på en diagnostisk nivå är det faktum att dissociation nästan aldrig är den primära problematiken. Dessutom tycks psykologerna ofta förhålla sig till diagnostik utförd av läkare och detta resulterar i att fokus vänds från diagnostik och istället läggs på egna upplevelser av dissociation hos patienten. Intressant i sammanhanget är att fokus vid behandling tog fasta på integrationsarbete, vilket stämmer väl överens med litteratur om behandling av dissociation. Detta trots att man även här talar utifrån egna erfarenheter utan teoretiska referenser och trots att litteratur i ämnet inte är särskilt riklig.

Vår föresats inför studien var att inte förhålla oss till den teoretiska uppdelningen mellan KBT och PDT bland psykologer, utan vända oss till psykologer utan att fråga efter metodologisk preferens. Det framkom dock snart under intervjuerna att psykologerna själva förhöll sig till uppdelningen och de olika synsätten i så hög utsträckning att det även blev ett tema i resultatet. Förutom den svårighet med konceptualisering som följer med övergripande

teoretiska förhållningssätt, som diskuterats ovan, så förhåller sig informanterna även till de skillnader i behandling som kommer av skillnaden mellan PDT och KBT. Evidens i relation till svårare och mer komplex problematik som involverar dissociation som symtom (men inte är BPD eller PTSD) finns ännu inte, vilket kan vara en anledning till upplevelsen att ”falla lite platt” för dem som utgår från strikt evidensbaserade metoder. Eftersom dissociation kopplas samman med relationsskador så kan man även förstå varför personer som arbetar utifrån PDT ser sin metod som mer användbar i relation till dissociation, eftersom PDT arbetar mycket med relationen, både som instrument och som fokus. Det är även de psykologer som är anhängare av PDT som uttrycker farhågor om en kommande kunskapsförlust, när KBT förväntas bli dominant inom psykiatri. Från KBT-hållet talas det om svårigheter att passa in arbete med dissociation i metoden om det saknas en tydlig förståelse för här och nu-koppling eller ett definierat trauma. En möjlig tolkning är att KBT har sämre passform för denna typ av problematik, om det inte finns en tydlig traumarelaterad problematik att arbeta med. Dessa upplevda skillnader mellan de olika behandlingsmöjligheter som de olika teoretiska skolorna innebär är så stabila att det inte tycks enbart handla om positioneringar som handlar om identifikation med metoder. Det starka fokus som läggs på att behandling måste kopplas till en direkt observerad problematik här och nu kan förstås som en sammanfogning av villkoren inom psykiatri med KBTs valda fokus för att arbeta med problem, men som även innebär en svårighet i att förstå och behandla en problematik som kan ha väldigt långvariga rötter.

Det finns en distinkt pragmatisk ansats hos de deltagande informanterna. Teorier om dissociation uppfattas som luddiga och de teorier som informanterna tar upp handlar alla om behandlingsansats eller konceptualisering. Detta står i bjärt kontrast mot många av de artiklar om dissociation som vi läst, som fokuserar på att förstå dissociation som fenomen, snarare än vad som kan och bör göras för att behandla patologiska former av det.

Metod och validitet

Vi har i bedömningen av den metodologiska validiteten i vår studie utgått från de kriterier som Morrow (2006) angivit; dvs. att förhålla oss till trovärdighetskriterier, tillräcklighet i tolkning, tillräcklighet i data, subjektivitet, påverkan från kontext och kultur samt generaliserbarhet. Under begreppet trovärdighetskriterier räknas rättvis representation, ontologisk autenticitet, edukativ autenticitet, katalytisk autenticitet (förmågan hos forskningen att stimulera till handling), verstehen (det djup i förståelse som forskaren får för hur informanten tillskriver mening till det undersökta) och ömsesidigt meningsskapande.

Trovärdighetskriterier & tillräcklighet i tolkning. Med avseende på rättvis representation avstod vi från inläsning av ny teori och aktiv bearbetning av teori före genomförandet av intervjuerna för att närma oss informanternas utsagor med så lite teoristyrning som möjligt. Alla utsagor i materialet som handlar om dissociation har inkluderats i resultatet. De utsagor som vi visste inte låg i linje med rådande teori har tagits med utan att presenteras som avvikande. Där en enstaka informant har presenterat en distinkt åsikt som kontrasterat mot teman, har det tydligt presenterats i resultatet. En möjlig felkälla är att vi kan ha feltolkat intentioner, eftersom vi hållit oss nära de faktiska semantiska utsagorna i analysen. Vi har dock granskat det omkringliggande resonemanget för att i mesta möjliga mån undvika detta. Angående citaten har vi primärt valt de citat som varit representativa för teman och sekundärt tagit hänsyn till att alla informanter blir representerade. Vi har tagit med många citat både för att ge stöd och djup till våra tolkningar och för att vi eftersträvar kollegial diskussion kring dissociation och ser representationen av olika röster som en början på denna diskussion.

När det gäller så kallad ontologisk autenticitet har vi under intervjuerna ställt frågor som hjälpt informanterna att utveckla sina resonemang, vilket vi ser som en samkonstruktion av kunskap, en position som bekräftats av flera informanter som berättat att de fått nya insikter och gjort nya kopplingar under intervjun. Våra förkunskaper till trots har vi försökt att ta en naiv position. Detta har inte alltid lyckats, eftersom vi dels styrt tillbaka mot intervjumallen när vi upplevt att informanterna talat från en helt annan position. Ett alternativt och mer metodologiskt korrekt sätt att förhålla sig hade varit att informanterna fått utveckla sina resonemang och därmed komma mot mallen. Att vi inte utförde intervjuerna på detta sätt innebär att vi format de svar vi fått i någon utsträckning, eftersom alltför långa avvikelser från vårt ämnesval därmed inte tillåts. Samtidigt har vi upplevt denna omriktning av fokus som nödvändig, eftersom intervjutiden var begränsad och vi ville täcka av våra områden. Vi har även ingripit genom att vid flera tillfällen spontant fylla i ord de tillfällen som informanter haft svårt att hitta begrepp. Detta har dock enbart skett när vi varit säkra på vilket innehåll informanterna beskrivit, och innebär att vi benämnt innehållet med begrepp, men inte påverkat innehållet de beskrivit. En svårighet i relation till den naiva position vi försökt inta är att informanterna inte accepterat denna position, väl medvetna om att vi valt ett ämne som intresserar oss och därmed har vissa kunskaper i. Flertalet informanter har därmed utmanat vår naiva position genom att ställa frågor under intervjun och några har även direkt uttalat att de förutsatt att vi vet mer om dissociation än de gör. En mer direkt styrning som vi stått för är att flera informanter velat ägna mycket utrymme åt att diskutera dissociation enbart kopplat

till diagnosen DID eller extrema former av trauma. Där har vi ställt följdfrågor för att styra dem bort från extremerna av dissociation. Detta är ett förhållningssätt som är troget vår ansats att söka efter det mer allmänpsykiatriska än det extrema och specialiserade, men kom på bekostnad av att informanterna inte fick utveckla de resonemang de själva var mest intresserade av.

En annan trovärdighetsaspekt är edukativ autenticitet. Diskussionen kring dissociation sker till viss del genom förhållningssätt till behandlingsteoretiska konstruktioner och konceptualiseringar. Därmed framkommer tydligt informanternas relation till deras kunskapskällor. Katalytisk autenticitet uppnås i denna studie först i efterhand, därmed kan vi inte bedöma denna. Vår förhoppning och föreställning är dock att de informanter som deltagit har höjt sin medvetandenivå avseende dissociation och därmed har deras sätt att konceptualisera dissociation hos patienter påverkats. Hur och i vilken riktning återstår dock att se. Avseende verstehen har vi sökt fördjupa och stämma av under intervjuerna genom att ställa följdfrågor, spegla och sammanfatta. Vi har även bett informanterna att exemplifiera och att berätta om sina reaktioner på de aspekter som de tagit upp. Att resultatet består av psykologers upplevelser bidrar till trovärdighet i resultat, informanterna talar om sina egna erfarenheter och håller det därmed på en upplevelsenivå, istället för att referera till andras kunskaper som vore att förhålla sig på en teoretisk nivå. Vi kan anses ha uppnått kriteriet om ömsesidigt meningsskapande genom att vi som forskare har samtalat med informanterna om ett ämne som de bevisligen inte talar om på arbetet normalt sett. Genom att utgöra intresserade samtalspartners under intervjun och eventuellt rikta informanternas uppmärksamhet mot nya aspekter har vi bidragit till nya reflektioner och insikter, samtidigt som informanternas konstruktioner av mening kring dissociation och behandling har gett oss nya uppslag för att klinisk närma oss ett begrepp som teoretiskt oftast är mycket abstrakt definierat. Slutligen har vi följt de anvisningar för tematisk analys (enligt Braun & Clarke, 2006) som vi inledningsvis föresatte oss att använda oss av, vilket gör vår studie replikerbar i den mån en kvalitativ studie någonsin kan vara replikerbar, samt stärker trovärdigheten ytterligare. Detta innebär att kriteriet tillräcklighet i tolkning har uppfyllts.

Subjektivitet. Båda författarna hade förkunskaper om dissociation före studiens inledande. En hade breda kunskaper i dissociation i relation till trauma, behandling och andra diagnoser samt erfarenhet av traumatiserade patienter med dissociativa symtom. Den andra av oss hade ett djupare fokus på trauma och behandling av trauma och hade därmed indirekta kunskaper om dissociation på grund av den starka koppling som mycket litteratur gör mellan

trauma och dissociation, samt erfarenhet av traumatiserade patienter som dissocierade. Båda var införstådda med att vår förförståelse kunde komma att påverka både intervjuer och analys, samt att en helt naiv position i relation till materialet var omöjlig. Däremot hade ingen av oss några förkunskaper om hur kliniskt verksamma psykologer använder och förhåller sig till dissociation som begrepp, fenomen och i behandling. Därmed fanns även en aspekt av genuint naiv position, eftersom vi inte visste vilka svar vi skulle få. Från våra erfarenheter av kunskap om dissociation som på vissa håll var grundad i föreställningar snarare än kunskap och erfarenhet, samt våra förkunskaper om den skepsis som omger dissociativa syndrom och kopplingen till falska minnen-diskursen hade vi inledningsvis förväntningar om att informanterna enbart skulle förhålla sig till de dissociativa syndromen, med en underton av skepsis i relation till dissociation som fenomen. Därtill hade vi en föreställning om att förhållningssättet skulle vara färgat av diagnoserna snarare än fenomenet. För att aktivt motverka våra föreställningar valde vi att dels utforma en så öppen intervjumodell som möjligt och dessutom att under intervjuerna fråga efter uppfattningar om förekomst av dissociation utan koppling till trauma eller de dissociativa syndromen. Redan efter att vi genomfört var sin första intervju reviderades våra inledande föreställningar, då informanterna primärt talade om dissociation på symtomnivå och då intresse, snarare än skepsis var den dominerande inställningen.

Kontext och kultur. Morrow (2005) understryker vikten av att ta hänsyn till kontext, kultur och allians för att förstå informanternas meningskonstruktioner. Vi har försökt att förstå eventuell påverkan från vår position i relation till informanterna. Genom att intervjua dem så har informanterna tillskrivits en expertroll. Samtidigt har flertalet av dem uppgivit att de deltagit i studien för att lära sig mera via oss, och några har tillskrivit oss expertis. Det går därmed inte att ensidigt hävda att det rått någon dominanssituation som kan ha påverkat utsagorna. Vi har nedtecknat intryck av samspel, känslomässig respons från vår sida och övervägt om det finns någon påverkan från social önskvärdhet, men kan inte hitta några belägg i materialet för att dessa faktorer skulle ha påverkat och har därför inte tagit med detta. Intervjuerna har ägt rum på informanternas arbetsplatser. Relationen till tid har varit tydlig. Ett par informanter har använt sin lunchtimme för att delta, och tid som brist inom den psykiatriska kontexten har varit så distinkt att det utgör ett tema i resultatet. Det faktum att tid är en brist har inneburit att vi inte kunnat genomföra mer än en intervju per informant, trots att vi inledningsvis såg det som idealt att utföra två intervjuer, med tid för reflektion emellan dem. Relationen till PDT och KBT skapar kulturer inom kulturen, med känslor och tolkningar

kopplade både till arbetsvillkor och till professionell självkänsla, som avspeglas i relationen till diagnostik och behandling. Avgränsningen till allmänpsykiatri för att hitta informanter visade sig dock vara problematisk, eftersom flera informanter tidigare arbetat på specialisterheter med olika inriktningar, något vi inte tagit med i beräkningarna från början. Kunskaper som beror på dessa kontexter har därmed blandats in via exemplifiering från tidigare arbetsplatser.

Tillräcklighet i data. Genom följdfrågor och exemplifiering med patientfall har data erhållit djup och mening, som tillfredsställer kriteriet tillräckligt med bevis. De informanter som deltagit har stått för ett spektrum av teman kring kunskap och förhållningssätt som även inbördes haft motsägelser som skapat bredd i materialet. Därmed har även en adekvat varians i bevis uppnåtts. Det hade varit intressant att veta vilka röster som de psykologer som valde att inte delta skulle ha bidragit med, eftersom det hade kunnat säga något mer övergripande om hur begreppet dissociation används och förstås utan den starka kopplingen till intresse. Tolkningsstatus för bevisen behandlas under kontext och kultur ovan. Vi har aktivt sökt efter motbevis och undersökt de fall där någon informant avvikit i åsikt från flertalet, vilket finns representerat i resultatet som teman, eller i relation till teman.

Generaliserbarhet. Vi saknar ambition och möjlighet att generalisera studiens resultat bortom deltagarna i denna studie. Vi kan inte veta om det finns annorlunda upplevelser kring dissociation som hade kunnat representeras av dem som inte har ett intresse av dissociation, eftersom dessa inte valt att delta. Informanterna hade svårt att svara på frågan om de var representativa för sin yrkeskår i relation till dissociation, eftersom få av dem alls diskuterat dissociation med kollegor. Triangulering och reliabilitet inte väsentliga begrepp här, eftersom studien grundar sig i intervjuer som både kommit till och uttolkats i samspel med oss i en specifik kontext vid en specifik tidpunkt. Detta innebär att även om andra personer skulle söka att replikera vår studie med samma informanter vid en annan tidpunkt skulle resultaten bli annorlunda. Däremot kan vi konstatera att deltagarna i studien uppvisat stabila skillnader i hur behandlare med PDT- respektive KBT-preferens konceptualiserar och behandlar dissociation. Det vore intressant att studera om detta gäller för flera behandlare än dessa deltagare.

Vad gäller generaliserbarhet till begrepp som studeras kan den diskuteras i relation till resultatens användbarhet. De teman som återfinns under den delen av resultaten som handlar om psykologens användning av begreppet dissociation kan ses utgöra grunden till samlingen

av klinisk relevanta tecken hos en dissocierande patient. Utan att göra anspråk på fullständighet kan de ändå sägas utgöra ett steg i riktningen mot generaliserbarhet av den studerade upplevelsen. Med tanke på bredden och olikheten i informanternas förförståelse är det intressant att se att dessa teman är så diskreta, vilket kan ses tala för en möjlig generaliserbarhet till begreppet. Dock vet vi inte hur begreppet skulle se ut om vi hade uppnått kvalitativ mättnad.

Etik

Langemar (2008) tar upp två etiska huvudkrav i samband med forskning; forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att forskning bedrivs som är till nytta för samhället. Vår ansats att undersöka och utveckla förståelse och användbarhet för ett psykologiskt begrepp inom psykiatri är att anse som samhällsnytta, eftersom all utveckling av kunskap inom detta fält i slutändan används i arbetet med att hjälpa patienter. Det andra kravet är individskyddskravet, som handlar om förhållningssätt gentemot den deltagande informanten. Backe-Hansen (2003) delar in de regler som inbegrips i individskyddskravet i informerat samtycke, avvägningen mellan risk och nytta samt anonymitet och förtrolighet.

Informerat samtycke tillgodoses genom information, kompetens och frivillighet (Backe-Hansen, 2003). Informanterna gavs information om bakgrunden, syftet och metoden för studien i inbjudningsbrevet (se bilaga 1). I början av intervjun påminnes om syftet och om frivillighet. Kompetens handlar om möjligheten att bedöma innebörden av sitt deltagande och frivilligt ge sitt medgivande. Samtliga informanter är psykologer, med kännedom om psykologisk forskning och måste därför anses vara kompetenta att fatta beslut om sitt deltagande. Frivillighet tillgodosågs genom att informanterna själva anmälde sitt deltagande i respons på brevet.

I avvägningen mellan risk och nytta gjordes bedömningen att informanterna inte skulle komma att åsamkas något obehag av intervjun, eftersom syftet var deskriptivt och explorativt och intervjuerna genomfördes på ett icke-konfrontativt sätt. Informanterna uttalade sig i sin yrkesroll och valde fritt hur de ville svara och exemplifiera. Vår strävan var inte bara att minimera risk, men att skapa ett mervärde i situationen för informanterna (Haverkamp, 2005). Vi avtalade därför från början att deltagande informanter skulle få tillgång till den färdiga studien, och därmed få tillgång till kollegors kunskaper. Vi betraktade även intervjun i sig som ett potentiellt mervärde, eftersom vi intar positionen att även om intervjun syftade till

att skapa material till vår studie, så genereras kunskap i samtalet mellan oss och informanterna som informanterna hade omedelbar tillgång till.

Angående anonymitet och förtrolighet såg vi risken att informanterna på grund av den öppna intervjustrukturen skulle kunna komma att berätta mer än de senare skulle anse lämpligt, kanske särskilt med tanke på att vi är blivande kollegor och att det därmed finns ett samförstånd om sekretess kring t ex patientmaterial. Vi har därför i analysen endast använt oss av material som direkt adresserar våra frågeställningar. Patientmaterial som använts som exempel har oidentifierats ytterligare där det varit relevant för att minimera risk för identifikation.

Flera etikforskare tar upp baksidan av anonymitet, som är att informanterna saknar inflytande över materialet när det väl analyseras (Polkinghorne, 2005, Haverkamp, 2005). Vi har därför valt att exemplifiera med många citat kring våra teman, både för att ge materialet liv, och för att försäkra oss om att informanterna blivit adekvat representerade.

Framtida forskning

Den ovan diskuterade enhetlighet i användning av begreppet på symtomnivå ser vi som en möjlig bas för fortsatta pragmatiska kliniskt inriktade studier som kan hjälpa kliniker att enas om kliniska tecken på dissociativa symtom i behov av behandling. Mycket av den forskning som sker i dagsläget angående i dissociation undersöker olika tänkbara delaspekter av fenomenet, vilket snarast fragmenterar begreppet ytterligare istället för att öka användbarheten. Vi efterlyser därmed mer pragmatiskt inriktad forskning.

Dissociation tycks samvariera med ett stort antal olika psykiska syndrom. En möjlig hypotes som vore fruktbar att undersöka är om den gemensamma variabeln är inre överbelastning, dvs. upplevd oförmåga att hantera de egna affekterna, oavsett om det som triggar överbelastningen är inlärda panikreaktioner, interpersonell kränkning eller ohanterliga minnen. Detta skulle i så fall kunna förklara en stor del av samvariationen.

Nya försök att ta fram behandlingar inriktade på dissociation som ett problem att adressera direkt oavsett etiologi, t ex kontextuell approach (Gold & Seibel, 2009) bör utvärderas.

Slutligen kan vi konstatera att skulle vi gjort om studien nu så hade vi valt att fokusera enbart på begreppsanvändning eller behandling, eftersom det då skulle funnits utrymme att fördjupa sig mer i den aspekt vi valt och därmed skapa fler nyanser i materialet.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV - Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Backe-Hansen. E. (2003). Yrkesetik och forskning. In H. Øvreeide, *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Beere, D. B. (2009). Dissociative perceptual reactions: The perceptual theory of dissociation. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.209-222). New York: Routledge.
- Blizard, R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 37-58.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, R. J., Cardeña, E., Nijenhuis, E. R. S., Sar, V., & van der Hart, O. (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics* 48: 369-378.
- Brown, R. J. (2006). Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28.
- Bryant, R. A. (2009). Is peritraumatic dissociation always pathological? In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.185-195). New York: Routledge.
- Cardeña E. (1994). The domain of dissociation. In *Dissociation*, ed. S. J. Lynn & J. Rhue, (pp.15–31). New York: Guilford.
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, (7)245–67.
- Cardeña, E., & Gleaves, D. (2007). Dissociative disorders. In M. Hersen, S. M. Turner, & D. Beidel (Eds.). *Adult psychopathology & diagnosis*. Fifth edition (pp. 473-503). New York: Wiley.
- Cardeña, E., von Duijl, M., Weiner, L. A., & Terhune, D. B. (2009). Possession/trance phenomena. I P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.171-181). New York: Routledge.

- Chu, J. A., & Bowman, E. S. (2000). Trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 5-20.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.
- Dutra, L., Bianchi, I., Siegel, J. D., & Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.83-92). New York: Routledge.
- Gerge, A. (2010a). *Trauma*. Ludvika: Dualis.
- Gerge, A. (Red.). (2010b). *Psykoterapi vid dissociativa störningar*. Stockholm: Insidan.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617-647.
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2009). The complex overlap between dissociation and schizotypy. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorhay (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp.79-89). New York: Wiley-Blackwell.
- Gold, S. N., & Seibel, S. L. (2009). Treating dissociation: A contextual approach. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.625-636). New York: Routledge.
- Haverkamp, B.E. (2005). Ethical perspectives on qualitative research in applied psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 146-155.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hopenwasser, K. (2008). Being in rhythm: Dissociative attunement in therapeutic process. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(3), 349-365.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. New York: Routledge.
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). [Chu, J. A., Dell, P. F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Golston, J. C., Courtois, C. A., Bowman, E. S., Classen, C., Dorahy, M., Sar, V., Gelinas, D. J., Fine, C. G., Paulsen, S., Kluft, R. P., Dalenberg, C. J., Jacobson-Levy, M., Nijenhuis, E. R. S., Boon, S., Chefetz, R. A., Middleton, W., Ross, C. A., Howell, E., Goodwin, G., Coons, P. M., Frankel, A. S., Steele, K., Gold, S. N., Gast, U., Young, L. M., & Twombly, J.]. Guidelines for treating

- dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Kluft, R. P. (1995). The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in DID patients: A naturalistic clinical study. *Dissociation*, 8(4), 253-258.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm: Liber.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Leonard, D., Brann, S., & Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: Pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 940-946.
- Levin, R., & Spei, E. (2003) Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*, 11(2), 160-168.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P. F. Dell, & J. A. O’Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.53-65). New York: Routledge.
- Marx, B.P., & Sloan, D.M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy* 43(5), 569–583.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- Morrow, S. L. (2006). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260.
- Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S., Rudegeair, T., & Williams, O. (2009a). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In P. F. Dell, & J. A. O’Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. (pp.521-533). New York: Routledge.
- Moskowitz, A., Schäfer, I., & Dorhay, M. J. (Eds.) (2009b). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. New York: Wiley-Blackwell.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 7-32.

- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(9), 678–686.
- Parker, I. (2004). Criteria for qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*(2), 95-106.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(2), 137–145.
- Ross, C. A. (2009). The theory of a dissociative subtype of schizophrenia. In P. F. Dell, & J. A. O’Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.557-568). New York: Routledge.
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, *3*(1), 7-17.
- Scharfetter, C. (2009). Ego-fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self experience. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorhay (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp.51-64). New York: Wiley-Blackwell.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1–2), 201–269.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, *2*(4), 79-116.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5), 413–423.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, *1*(3), 300–321.



Institutionen för psykologi, Lund
den 1 februari 2011

Informanter sökes!

Hej!

Vi heter Leonida Tanasic och Tina Vitulin och läser psykologprogrammet i Lund. Vi söker informanter till vår examensuppsats, som kommer att behandla ämnet dissociation.

De vanligaste sätten att definiera dissociation är som förändrade medvetandetillstånd eller isärkoppling av olika delar av medvetandet. Dissociation kan yttra sig som att personen upplever sina känslor, tankar, omgivning och/eller kroppen som överkliga, eller att tankar, känslor och/eller kroppsliga förnimmelser hålls åtskilda från varandra.

Forskning om dissociation gör generellt en stark koppling till trauma och traumabearbetning. Ofta förstås dissociation som ett försvar som måste behandlas för att traumabearbetning ska kunna ske. Forskare som inte har klinisk inriktning förstår dock dissociation som ett flertal olika fenomen, där inte alla utgör försvar vid trauma.

Eftersom prevalensen för dissociativa symtom vid ett flertal olika undersökningar uppmätts till 27-45% i en psykiatrisk population (t ex Ross et al., 2002) är det rimligt att anta att även patienter som söker för annat än just trauma uppvisar dissociation i någon form. Därför är vi intresserade av hur psykologer inom öppenspsykiatrin, som möter patienter med en mängd olika symtombilder, förstår och förhåller sig till dissociation som begrepp och till dissociation hos patienter.

Värdet av undersökningen är att lyfta fram möjligheten att dissociation som fenomen har en bredare klinisk relevans än vad litteraturen beskriver.

Vi vill intervjua dig psykolog, oavsett vilken förståelse du har av dissociation som fenomen eller om du stött på dissociation i ditt arbete med patienter. Vi kommer att använda oss av halvstrukturerade intervjuer och ber om 45 minuter av din tid. Intervjuerna kommer att transkriberas och analyseras. Endast vi kommer att ta del av intervjumaterialet, resultaten kommer att anonymiseras.

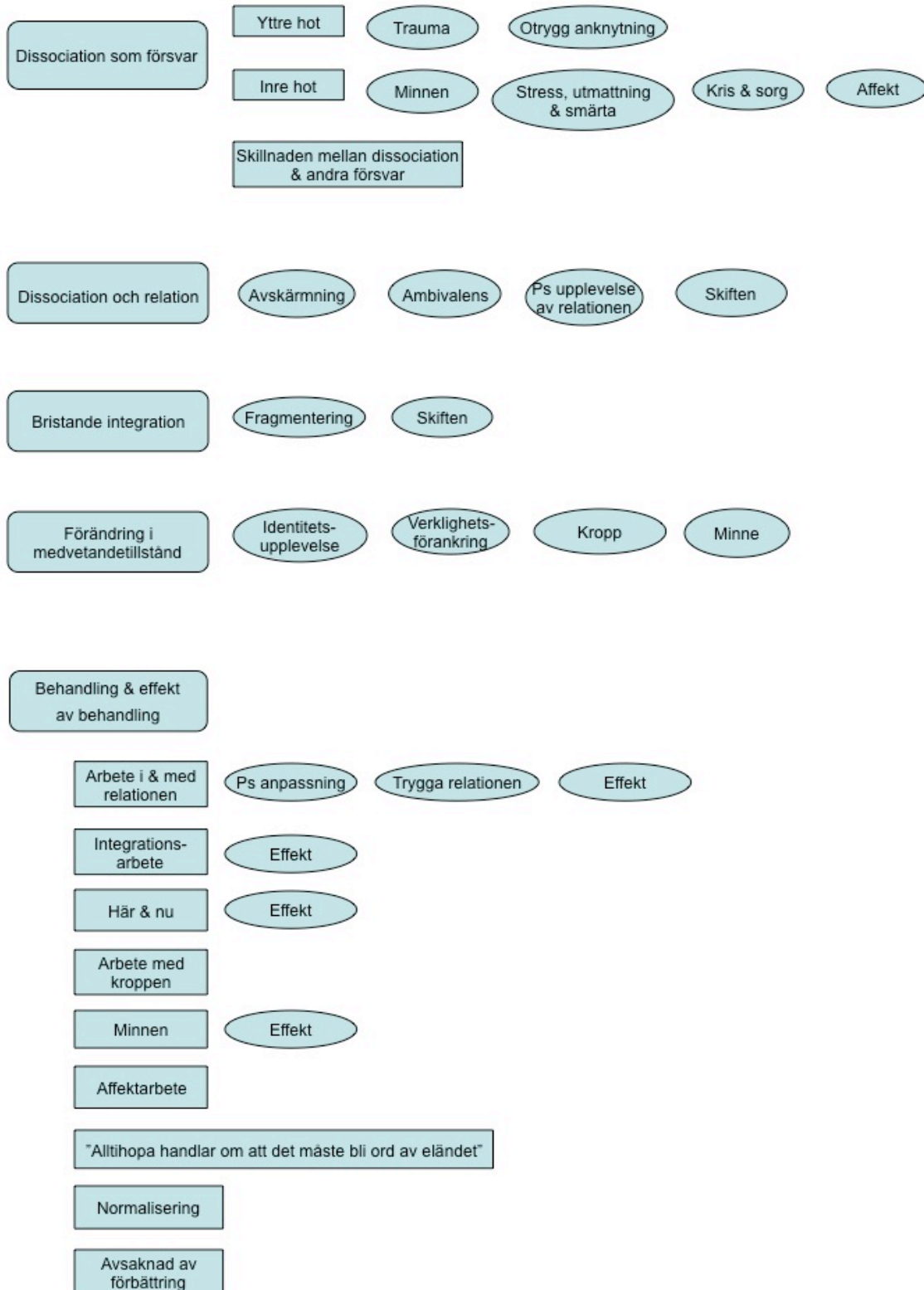
Vi hoppas att samarbetet ska generera ny kunskap inte bara hos oss, men även hos er informanter. Vi kommer att maila en länk till den färdiga uppsatsen till alla våra informanter.

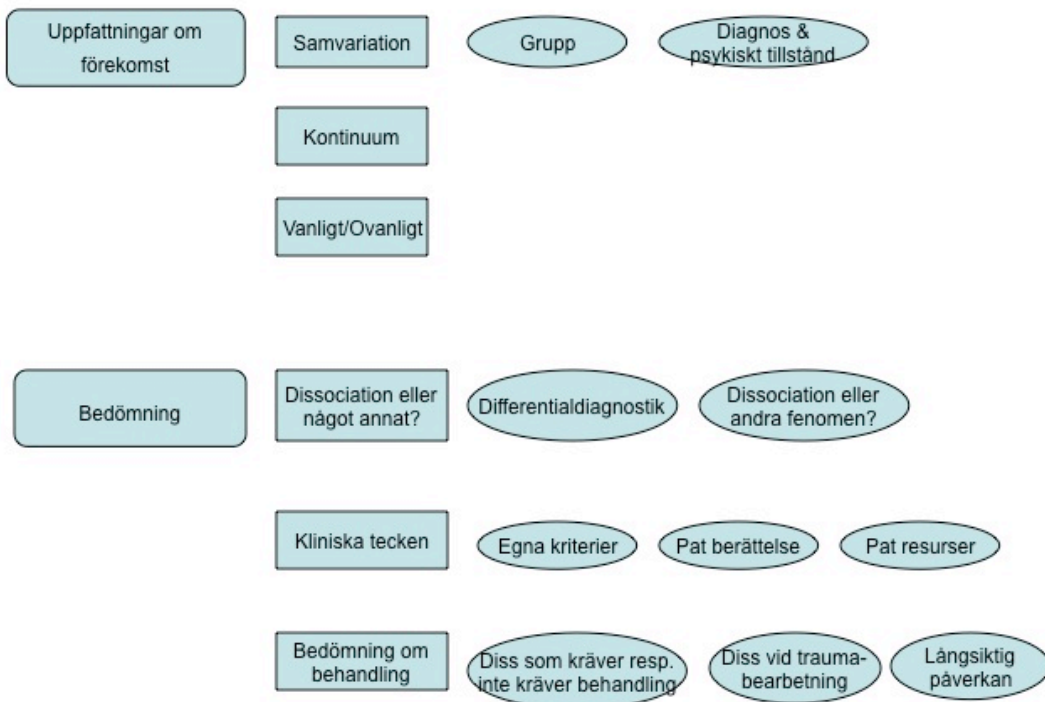
Du som vill delta, eller har frågor, är varmt välkommen att höra av dig!

Tina Vitulin
tina.vitulin.407@student.lu.se
0739-45 82 35

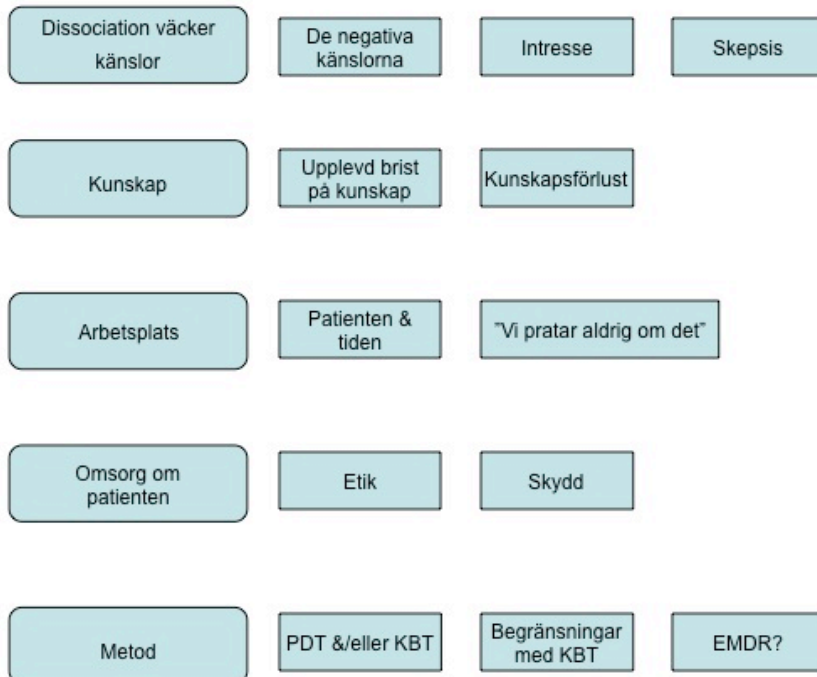
Leonida Tanasic
leonida.tanasic.047@student.lu.se
0736-13 57 77

Psykologens användning av dissociation som begrepp





Psykologens förhållningsätt till dissociation



Bilaga 3 - Intervjuguiden

Inledning: presentera disposition och fokus. Endast introducera de två huvudtemana: begreppet och behandling.

Intro:

Syfte

Undersöka hur olika behandlare förstår begreppet dissociation hos patienter, närma begreppets kliniska användning och användbarhet. Egna föreställningar oavsett erfarenhet, inte teori.

Informerat samtycke – rätt att dra sig ur, anonymisering, spelar in

Hur de uppfattar dissociation som begrepp:

Första associationer till ämnet?

Beskrivning, egen definition av begreppet?

Hur vanligt upplever du att det är att patienterna du möter dissocierar?

Hur de uppfattar dissociation hos en patient:

Beskriv hur du känner igen dissociation när du sitter med en patient.

Var placerar du upplevelsen: t. ex. i relationen och/eller i samspelet och/eller hos patienten?

Hur påverkar dissociation hos patient dig?

Behandling

När patienten bedöms dissociera, tar du upp det i samtal med patienten?

Behandlar du dissociationen? I vilka fall? Anledning? När upplever du det som nödvändigt?

Hur behandlar du dissociationen?

Hur gör du, viktiga komponenter i behandlingen?

Resultat?

Vad behöver vi veta om psykologerna?

Antal arbetade år som psykolog?

Har du någon vidareutbildning utöver psykologutbildningen? Vilken?

Be om lov att återkomma, fråga om hur och när!