

“Det er som om du går på tynn is”

En kvalitativ studie av kroppslige erfaringer hos mennesker med dissosiativ lidelse

Carina Schjem Grimsgaard og Tonje Tessem Mehl



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

12. semester
Oktober 2021

“Det er som om du går på tynn is” - En kvalitativ studie av kroppslige erfaringer hos mennesker med dissosiativ lidelse

“Men nettopp fordi kroppen kan lukke meg ute fra verden, er det også den, som kan åpne verden for meg og sette meg i situasjon med den.”

(Merleau-Ponty, 1945/1994, s.127, vår oversettelse)

© Carina Schjem Grimsgaard & Tonje Tessem Mehl

2021

“Det er som om du går på tynn is” - en kvalitativ studie av kroppslige erfaringer hos mennesker med dissociativ lidelse

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Forfattere: Carina Schjem Grimsgaard og Tonje Tessem Mehl

Tittel: “Det er som om du går på tynn is” - en kvalitativ studie av kroppslige erfaringer hos mennesker med dissosiativ lidelse

Veiledere: Line Indrevoll Stänicke og KariAnne Vrabel

Forskningsspørsmål: Hvordan gir mennesker med dissosiative lidelser gir uttrykk for- og mening til kroppslige erfaringer etter deltakelse på stabiliseringskurs?

Bakgrunn og formål: Diskusjonene rundt begrepet dissosiasjon byr på forvirring ved inkonsistent bruk og tidvis brede definisjonskriterier. Dette skaper utfordringer både innen klinikk og forskning med hensyn til hvordan vi skal forstå dissosiative lidelser. For øvrig eksisterer få kvalitative studier som undersøker hvordan det er å leve med lidelsen, og få indikasjoner for hva som er god behandling for denne gruppen.

Det finnes klare antydninger til at dissosiative lidelser ofte forekommer med diverse somatoforme utfall. Kunnskap om hvordan traumer rammer oss som kroppslige vesener gir videre rasjonale for å studere kroppens rolle i dissosiative lidelser. Et blikk på hvordan kroppslige erfaringer preger livsutfoldelse, kan også gi oss viktige hint om hvordan vi skal tilnærme oss opplevelser som kan virke ordløse og vanskelige å forstå. Dette er bakgrunnen for den aktuelle studien, som undersøker hvordan mennesker med dissosiativ lidelse gir uttrykk for, og mening til deres kroppslige væren i verden.

Metode: Studien anvender kvalitativ metode, med utgangspunkt i fortolkende fenomenologisk analyse og tematisk analyse. Den tar utgangspunkt i allerede gjennomførte semistrukturerte intervjuer, hentet fra et longitudinelt forskningsprosjekt i regi av Modum Bad, Traumepoliklinikken. Utvalget består av 5 kvinner som oppfyller kriteriene for dissosiativ lidelse ifølge DSM-5, og som har deltatt på stabiliseringskurs.

Resultater: Analysen resulterte i to metatemaer, som henholdsvis representerer hvordan kroppslig utrygghet preger deltakernes erfaringer med å leve med dissosiative lidelser, og hvordan de bruker kroppen for å hente seg inn. Førstnevnte kommer til uttrykk ved diffuse somatiske plager, generell vaksomhet, frakobling og forvrengte tidserfaringer. Sistnevnte

viser til to overordnede strategier for å forholde seg til sine plager, der den ene innebærer å vike fra det vanskelige, mens den andre innebærer å søke til situasjoner eller tilstander som gir trygghet. Funnene peker til sammen på hvordan kroppen synes å ha en vesentlig funksjon for grad av tilstedeværelse og opplevelse av trygghet, ro og mestring.

Konklusjon: Denne studien frembringer kunnskap om at kroppen er konstituerende for erfaringer med å leve med dissosiativ lidelse, samt av betydning for hvordan disse personene forholder seg til sine plager. Slik bringer den forståelse for hvordan kroppen både kan fungere som kilde til godt og vondt - noe som kan bidra til bedring og noe som kan opprettholde lidelse. Resultatene antyder hvordan kroppen kan være en mulig bidragsyter i behandlingsøymed, og at forskning som kun belager seg på et språklig materiale vil være utilstrekkelig for å forstå lidelsens fenomenologi.

Forord

Som skrivepartnere fant vi hverandre gjennom vår interesse for kroppens terapeutiske potensiale. Det skulle imidlertid ta lang tid før vi fant et prosjekt som tillot oss å omsette denne interessen i en studie. For dette vil vi takke Ingunn Holbæk, som ga oss muligheten, og tilgangen til materialet vi har brukt. Lite visste vi ved prosjektets start, om hvor rike, gripende og informerende beretninger dette ville gi oss tilgang til, og at vi ville lære så mye om en tematikk som ikke virker å ha fått oppmerksomheten den fortjener.

I den forbindelse er vi svært takknemlige for deltakerne som valgte å dele sine erfaringer fra stabiliseringskurset. Disse har tillatt oss å dykke inn i, og utforske hvordan det er å være et menneske i en kropp preget av utrygghet, beredskap og flukt. Kanskje kan de også si noe om hvordan vi alle er kroppslige vesener, bundet til de erfaringer og muligheter som våre kropper kan erkjenne og tåle. Om ikke annet, har i hvert fall prosessen gjort oss oppmerksomme på hvordan det å være i kontakt med kropp og sanser kan være vesentlig for å komme i kontakt med seg selv og omverdenen.

Videre vil gjerne takke våre veiledere, Line og KariAnne, for å ha delt av sin erfaring og kunnskap, og for å ha ledet oss på riktig vei når vi har følt oss bortkomne. Dere skal ha en stor del av æren for at vi kom oss i mål.

Takk også til våre nære og kjære for all støtte, hjelp og oppmuntring.

Carina og Tonje

19.10.2021

Innholdsfortegnelse

1 INTRODUKSJON	1
1.1 DISSOSIASJON OG DISSOSIATIVE LIDELSER	2
1.1.1 Dissosiasjon som fenomen - en begrepsmessig forvirring	3
1.1.2 Et historisk tilbakeblikk	3
1.1.3 Ulike konseptualiseringer	4
1.1.4 Et fenomenologisk skille: oppdeling og avkobling	5
1.1.5 Etiologi og alvorlighetsgrad.....	6
1.1.6 Somatoform dissosiasjon	7
1.1.7 Prevalens	8
1.2 BEHANDLING OG BEDRING.....	8
1.2.2 Hva skal behandlingen vektlegge?.....	9
1.3 KROPPENS BETYDNING	10
1.3.2 Kroppens fenomenologi.....	11
1.3.3 Å tenke om kroppen.....	12
1.4 KROPPENS Plass I BEHANDLING.....	12
1.4.1 Kropp og traumer	13
1.4.2 Grunnlaget for kropporientert behandling.....	14
1.6 OPPSUMMERING AV INTRODUKSJON OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	15
2 METODE	16
2.1 METODISK TILNÆRMING.....	16
2.2 EPISTEMOLOGISKE BETRAKTNINGER	17
2.3 VALIDITET	18
2.3.1 Refleksivitet	19
2.3.2 Metodisk transparens	20
2.4 DATASETT OG UTVALG	20
2.4.1 Intervju og intervjuguide.....	21
2.5 FREMGANGSMÅTE	22
2.6 ETISKE BETRAKTNINGER	24
2.7 DATAHÅNDTERING	25
3 RESULTATER	26
3.1 FØRSTE METATEMA: HVORDAN KROPPEN VIRKER PÅ MEG - HVOR SKAL JEG FINNE DEN TRYGGHETEN HEN?	27
3.1.1 Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå.....	27
3.1.2 På vakt - aldri helt trygg.....	28
3.1.3 Frakobling - å miste kontakt med kroppen	30
3.1.4 Tidsforvrengning - å miste tidssansen	32
3.2 ANDRE METATEMA: HVA JEG GJØR MED KROPPEN - MÅTER Å HENTE MEG INN IGJEN.....	34
3.2.1 Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke.....	34
3.2.2 Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er	36
4 DISKUSJON	39
4.1 KROPPENS TVETYDIGHET - ET ERFARINGSMEDIUM.....	39
4.2 KROPP OG TID	41
4.2.1 Kroppslig temporalitet	42
4.2.2 Kroppsminner	43
4.3 EN KONTROLLERT TILSTEDEVÆRELSE - KROPPEN SOM MULIGHETSLEVERANDØR.....	44
4.3.1 Bundet og ubevegelig	44

4.3.2 Aktiv og fleksibel.....	46
4.4 KONSTRUKTIV OG DESTRUKTIV HÅNTERING	47
4.5 STUDIENS MULIGHETER OG BEGRENSNINGER	48
4.6 FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER	50
4.7 KLINISK RELEVANS.....	51
4.7.1 Arbeid med kroppsminner	51
4.7.2 Mentalisering som bindeledd til kroppslige erfaringer	52
4.7.3 Betydningen av å finne egne mestringsstrategier	53
5 KONKLUSJON	55
LITTERATURLISTE	56
APPENDIKS A	67
APPENDIKS B	68
APPENDIKS C	69
APPENDIKS D	73

1 Introduksjon

Dissosiasjon som fenomen har vært uttalt og studert helt siden kvinner ble behandlet for hysteri på 1800-tallet (van der Hart et al., 2001). I de senere år har forskning og behandling på dissosiative lidelser imidlertid hatt lav prioritet (Dorahy et al., 2014). Dette til tross for at lidelsen synes å være svært kostbar i form av samfunnsmessige ressurser og redusert livskvalitet hos de det gjelder (Brand et al., 2014; Myrick et al., 2017). Funn som antyder sammenheng mellom dissosiasjon og traumer har gitt en ny tilnærming til forståelsen av dissosiasjon som en frakobling av følelser, tanker og kropp (Bækkelund et al., 2021; Reinders et al., 2012; Scheffers, 2017). Tross dette strever både forskere og klinikere fremdeles med å forstå og behandle lidelsen, ettersom det foreligger lite evidensbasert kunnskap på feltet (Bækkelund et al., 2021). Terapeuter har også beskrevet opplevelser av å komme til kort i behandling av pasienter med traumeproblematikk, ved at de kan mangle ord som virker helende i møte med uangripelige og språkløse erfaringer (Sandbæk, 2021). Lidelsens symptomatiske overlapp med andre alvorlige psykiske lidelser som post-traumatisk stresslidelse (PTSD) og schizofreni (Brand & Lowenstein, 2010; International Society for the Study of Trauma and Dissociation, ISST-D, 2011; Kihlstrom, 2005), i tillegg til lite generell kunnskap om symptomer og utforming både i universitetsutdanning og psykisk helsevern, øker også risikoen for at flere går udiagnostisert (ISST-D, 2011). Feildiagnostisering er ikke uvanlig, og pasienter kan gå lenge i behandling før de får stilt diagnosen (Boon & Draijer, 1993). Hvordan skal vi tilnærme oss en problematikk som synes å være så kompleks og vanskelig å forstå?

Mangelen på kunnskap og anbefalinger for hvordan vi skal imøtekomme disse pasientene, øker behovet for nye perspektiver, samt måter å forstå og behandle denne problematikken. I denne sammenheng har det de siste årene vært en økning av alternative tilnærminger til behandling av traumerelaterte lidelser i litteratur og praksis. Deriblant har kropporienterte behandlingsformer fått mye oppmerksomhet (Levine, 2010; Ogden & Fisher, 2015; van der Kolk, 2015), i tråd med ny kunnskap om nervesystemets fungering (Berens et al., 2017; LeDoux & Pine, 2016; Porges, 2011). Bruk av kropp via sansning og bevegelse virker også å være anerkjent i forbindelse med behandling av dissosiative lidelser spesifikt (Boon, Steele & Hart, 2011), tross at studiene som spesifikt undersøker dissosiative lidelser er i fåtall sammenliknet med forskningen som angår PTSD og spiseforstyrrelser. Det synes imidlertid ikke som at kroppen - i kraft av å være konstituerende for erfaring og utfoldelse - har en uttalt

plass i vår forståelse av dissosiative lidelser, foruten bemerkninger om at lidelsen er assosiert med somatisering og somatoforme lidelser (Brand & Lowenstein, 2010; Nijenhuis, 2001) og kan forekomme med forstyrrelser i sansning og motorikk (ISST-D, 2011; Verdens Helseorganisasjon, 2021). I forkant av denne studien ønsket vi derfor å undersøke hvorvidt kroppslige opplevelser ved dissosiativ lidelse kan bidra til å belyse aspekter ved lidelsen som kan være vanskelig å sette ord på for de det gjelder, og derfor vanskelig å adressere i behandling. I denne forbindelse rettet vi søkelyset mot kroppen som et dynamisk felt for meningsfulle erfaringer, heller enn et fysisk objekt som er distinkt fra selvet eller sinnet (Baron, 1985).

I arbeidet med den aktuelle studien var vi interessert i hvordan mennesker gjennom kroppen opplever og navigerer i verden. Dette har vi undersøkt med utgangspunkt i personer med dissosiative lidelser, som er kjent for å ha særlige vansker med ufrivillig flukt fra virkeligheten, karakterisert av manglende kontakt med store deler av sin selverfaring (Anstorp & Benum, 2014). Ved å utforske hvordan deres særskilte plager påvirker deres kroppslige væren-i-verden, ønsket vi å bidra med nye måter å forstå deres problematikk, med potensiale for å informere behandlingsfeltet.

1.1 Dissosiasjon og dissosiative lidelser

Ifølge DSM-5 er dissosiative lidelser en fellesbetegnelse på tilstander som innbefatter forstyrrelser og/eller diskontinuitet i den normale integreringen av bevissthet, hukommelse, identitet, emosjoner, persepsjon, kroppsrepresentasjon, motorisk kontroll og atferd (American Psychiatric Association, 2013). Tilstanden kan være fullstendig eller delvis, og kan variere fra dag til dag, eller fra time til time (ibid.). Lidelsesbildet fremstår altså komplekst og mangefasettert, med store variasjoner i sitt uttrykk.

DSM-5 skiller mellom variantene dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID), dissosiativ amnesi, depersonaliserings-/derealiseringslidelse og uspesifisert dissosiativ lidelse (*Dissociative disorder not otherwise specified*, DDNOS, American Psychiatric Association, 2013). DID karakteriseres av vekslingen mellom ulike dissosierte identiteter, identitetsforvirring og amnesi (Dorahy et al., 2014), og synes å skille seg betraktelig fra andre dissosiative lidelser med sitt komplekse uttrykk. Det er ikke uvanlig at personer med DID utviser sammensatte plager, inkludert dissosiative symptomer fra andre diagnostiske kategorier.

ICD-10 belager seg på en nokså ulik kategorisering av dissosiative lidelser, ved også å inkludere konversjonslidelser, karakterisert av pseudonevrologiske symptomer (Holmes et al., 2005). Kategoriseringen er begrunnet i fellestrekk mellom tilstandene, hyppig samforekomst og antakelser om like eller lignende psykiske mekanismer (Verdens Helseorganisasjon, 2021). Således ligner den mer på den originale formuleringen av hysteri, som kan regnes for 1900-tallets ekvivalent til dagens dissosiative lidelser (van der Hart et al., 2001). I tråd med dette argumenterer Kihlstrom (2005) for at DSM også bør kategorisere dissosiative- og konversjonslidelser sammen, ettersom begge angår fundamentale forstyrrelser i bevisstheten. For en fullstendig diagnostisk oversikt, se Tabell 1 i Appendiks A.

1.1.1 Dissosiasjon som fenomen - en begrepsmessig forvirring

For å kunne gi effektiv behandling til mennesker med dissosiative lidelser, er det nødvendig å skape god forståelse for det de strever med. Gjennom flere tiår har imidlertid dissosiasjon som begrep vært utsatt for mange diskusjoner, uenigheter og kontroverser, som både gjelder hvordan vi skal forstå fenomenet (Bernstein & Putnam, 1986; Holmes et al., 2005; Dorahy & van der Hart, 2007), og diagnostisere lidelsen (Dorahy et al., 2014; Kihlstrom, 2005). For klinisk praksis så vel som forskning og teoriutvikling, er det i den sammenheng påpekt behov for en begrepsmessig avklaring som kan skille tilsynelatende ulike tilstander (Bækkelund et al., 2018; Holmes et al., 2005), eksempelvis uforklarlige lammelser, amnesi eller “utenfor kroppen-opplevelser”. Det samme gjelder hvorvidt begrepet også omfatter normative endringer i bevissthetstilstander (Butler, 2006).

Ettersom vårt formål er å gi et fenomenologisk innblikk i personer som lever med dissosiativ lidelse, er det først viktig for oss å gi en oversikt over hvordan feltet har forsøkt å forstå denne problemstillingen. I det følgende vil vi derfor i korte trekk redegjøre for diskusjonen som ligger til grunn for ulike fortolkninger av dissosiasjon, for så å gjøre en begrepsavklaring i tråd med studiens formål.

1.1.2 Et historisk tilbakeblikk

Den første konseptualiseringen av dissosiasjon som er konsistent med dagens forståelse kommer fra Moreau de Tours, fra 1845, som anså dissosiasjon, eller desintegrasjon, som splittingen eller isoleringen av ideer (van der Hart & Horst, 1989). Siden da har imidlertid begrepet gjennomgått mange nyanser av definisjoner, tolkninger og bruksområder, og anses i

dag fortsatt for å være vanskelig å plassere (Anstorp og Benum, 2014). Dissosiasjon som manglende evne til integrering av mentale systemer ble allerede representert i Janet sin definisjon av hysteri. Han beskrev fenomenet som en form for “mental depresjon” karakterisert av en ufrivillig og intens innsnevring eller tilbaketrekking av bevisst oppmerksomhet, og en tendens til frigjøring av ideer og funksjoner som utgjør personligheten (Janet, 1907, gjengitt i van der Hart et al., 2001).

Et annet viktig historisk bidrag til dagens forståelse av dissosiative lidelser, kommer fra den britiske psykiateren Charles Myers. Basert på erfaringer med akutt traumatiserte soldater etter første verdenskrig, var han den første til å formulere hvordan traumer kunne bidra til en strukturell oppsplitting mellom traumbærende og normalt fungerende deler av personligheten (van der Hart et al., 2001). Videreutviklingen av disse formuleringene i forbindelse med “strukturell dissosiasjonsteori” vil redegjøres i det følgende.

1.1.3 Ulike konseptualiseringer

Dissosiasjon handler om å skille noe som i utgangspunktet hører sammen, som motparten til “assosiasjon”. Likevel kan det representere både mange og få fenomener, avhengig av hvilken definisjon vi legger til grunn (van der Hart et al., 2004). Enkelte forskere har vært interessert i å studere fenomenet i en bred forstand, ved å se til normalbefolkningen etter erfaringer som kan virke dissosiative i sin natur. Disse har konseptualisert dissosiasjon som et kontinuum mellom normal og patologisk forandring i bevisstheten; fra milde dissosiasjoner i dagliglivet til mer betydelige psykopatologiske tilstander (Bernstein & Putnam, 1986; Butler, 2004). Denne “brede definisjonen” av dissosiasjon har således hovedsakelig basert sine inklusjonskriterier på hvilke fenomener som synes dissosiative i sin utforming, heller enn opprinnelse (Dorahy & van der Hart, 2007), og postulerer at både normale og kliniske populasjoner vil oppleve grader av dissosiasjon (Bernstein & Putnam, 1986; Butler, 2004). I tråd med dette ble det i en nylig metaanalyse av Lyssenko og kolleger (2017) konkludert at dissosiative symptomer forekommer i mange pasientpopulasjoner. Dette som målt med den hyppig anvendte “Dissosiative Experiences Scale” (DES, Bernstein & Putnam, 1986), hvilket nettopp er basert på en bred definisjon av dissosiasjon.

Dersom vi imidlertid opererer med en “smal definisjon”, kan dissosiasjon forstås som utilstrekkelig integrering av to eller flere “handlingssystemer” som organiserer oppmerksomhet, følelser og energiregulering (van der Hart et al., 2006). Dette skjer

automatisk og uten kontroll over egne mentale prosesser (Spiegel, 2011). Dissosiasjon som fenomen er altså i denne forstand forstått å være utelukkende forbundet med dissosiative eller traumerelaterte lidelser (van der Hart et al., 2004), og ikke tilhørende normalbefolkningen for øvrig. Flere teoretikere har forsøkt å forklare dissosiasjon som et patologisk fenomen. Deriblant beskriver Dell (2006) dissosiasjon som traumerelaterte intrusjoner som påvirker ethvert aspekt av eksekutiv fungering og selvopplevelse. Lanuis og kolleger (2012) forstår på en annen side dissosiasjon som en overmodulering av emosjoner ved PTSD.

Av de mer omtalte teoretiske formuleringene finner vi strukturell dissosiasjonsteori (van der Hart et al., 2004; van der Hart & Dorathy, 2007). Denne omtaler dissosiasjon som en psykologisk mekanisme som avspalter emosjonelle eller traumbærende deler av personligheten (“Emotional personality”, EP), fra en tilsynelatende normalfungerende del (“Apparently Normal Personality”, ANP, van der Hart et al., 2006). Slik forstås lidelsen å innebære tilstedeværelse av minst to adskilte subsystemer av personligheten. Strukturell dissosiasjon er videre foreslått å representere en iboende biologisk kapasitet til oppsplitting, med hensikt å unngå kontakt mellom den indre og ytre verden. Altså er traumeminner forstått som utilgjengelige for ANP, men bevart av EP så lenge integrasjon uteblir (van der Hart et al., 2001). Dette for å hindre at den daglige funksjonen oversvømmes av skremmende, utålelig og uløselig frykt (van der Hart et al., 2006).

I denne studien har vi belaget oss på en smal definisjon av dissosiasjon, i tråd med strukturell dissosiasjonsteori. Dermed har vi gjennomgående brukt begrepet om reaksjoner som er spesifikke for personer med dissosiative- og traumerelaterte lidelser.

1.1.4 Et fenomenologisk skille: oppdeling og avkobling

Utover å avgjøre hvorvidt begrepet dissosiasjon bør forbeholdes en klinisk populasjon, er det også tilrådelig å gjøre et skille mellom ulike dissosiative fenomener (Bækkelund et al., 2018). Det fremgår tydelig av eksisterende forskning at dissosiative opplevelser må anses som et multidimensjonalt fenomen, og blant flere teoretiske formuleringer synes et todelt skille å være gjennomgående, her omtalt som “avkobling” og “oppdeling” (Allen, 2001; Holmes et al., 2005). Begge kategorier omfatter avspalting av normalt integrerte prosesser, men av svært ulik karakter.

Et tilfelle av avkobling forstås som en følt separasjon fra sentrale aspekter ved den dagligdagse erfaringen, som egen kropp, selv, verden rundt eller kombinasjoner av disse (Holmes et al., 2005). I denne forstand omfatter avkobling opplevelser av å være fjern, vansker med å være oppmerksomt til stede her og nå, og *ta inn* det som skjer. Både depersonalisering og derealisering er eksempler på dette. Oppdeling er derimot forstått som manglende evne til å *gjenhente* informasjon eller iverksette funksjoner som normalt sett er tilgjengelig, tross “uforstyrret” innkodning (Holmes et al., 2005). Vesentlig her er at prosessene utsatt for oppdeling fortsetter å operere normalt tross at de er utilgjengelige for viljestyrt kontroll. Dermed er de fortsatt i stand til å påvirke emosjoner, kognisjon og handlinger (Holmes, 2005; Kihlstrom, 1992). Amnesi og identitetsforstyrrelse er forstått som former for oppdeling.

Begrepet dissosiasjon synes altså å innbefatte nokså ulike fenomenologiske kvaliteter, som underbygger forståelsen av dissosiative lidelser som komplekse i sin utforming. De overnevnte distinksjonene understreker videre viktigheten av å undersøke den enkeltes erfaring, for også å forstå hvordan disse symptomene kan henge sammen med personers forhold til seg selv og sin omverden. Dette for at vi kan legge til rette for effektiv utredning og god behandling.

1.1.5 Etiologi og alvorlighetsgrad

Dissosiasjon kan betraktes som en psykologisk beskyttelse mot overveldende, skremmende eller livstruende situasjoner - en ubevisst prosess for å holde traumatiske opplevelser på avstand (van der Hart et al., 2004). Denne overlevelsesstrategien tillater personer å mestre det vanlige livet, så lenge det vonde holdes unna eller glemmes. Dissosiasjonen vil imidlertid også forstyrre den daglige fungeringen, ettersom det vonde fortsatt er virksomt i en (van der Hart et al., 2001). For de såkalte komplekse dissosiative lidelsene, herunder DID og DDNOS (Bækkelund et al., 2021; Dell, 2009), finner vi for øvrig høyt lidelsestrykk, mye komorbiditet, selvdestruktiv atferd og suicidalitet (Boon & Draijer, 1993; Bækkelund et al., 2018) Særlig er alvorlige og langvarige relasjonstraumer, som fysisk misbruk, seksuelle overgrep eller neglekt fra en omsorgsperson forbundet med disse (Bækkelund, 2018; ISST-D, 2011).

Fosse og Dersyd (2007) estimerer i en metaanalyse at mellom 60-80% av de med dissosiative lidelser har opplevd fysisk misbruk, mens 60-100% har opplevd seksuelle overgrep. I tråd med dette foreslår Armstrong (1994) at dissosiasjon gir en atypisk utvikling som tillater

motsigelser å leve side om side, eksempelvis i tilfeller der et familiemedlem som gir omsorg, også er en overgriper. Slik kan vi forstå dissosiative trekk som en ekstrem form for tilpasning.

Ulike formuleringer av dissosiasjonens natur har imidlertid bidratt med forvirring hva angår fenomenets tilknytning til traumer. Fra et historisk perspektiv er konstateringen av dette forholdet fraværende i mye traumelitteratur. Dette til tross for at tidlige pionerer innen traumefeltet, som den unge Sigmund Freud, Jean-Martin Charcot, og særlig Pierre Janet, anså strukturell oppdeling av bevisstheten som en psykologisk konsekvens av traumer (Vermetten, Dorathy, Spiegel, 2007). Blant annet har det blitt hevdet av Lynn og kolleger (2014) at personer med dissosiative lidelser har trekk som gjør dem mer fantasifulle og påvirkbare, hvilket bidrar til rapportering av falske traumer. Andre studier synes imidlertid å motbevisse disse påstandene (Reinders et al., 2012). En overvekt av forskning viser en tydelig sammenheng mellom dissosiative lidelser og traumatiske opplevelser (American Psychiatric Association, 2013; Lyssenko et al., 2017). Dette er funnet både i form av symptomatisk overlapp og høy komorbiditet (Bækkelund et al., 2018).

1.1.6 Somatoform dissosiasjon

Sammenhengen mellom somatoforme plager, dissosiasjon og traumer er uttalt i flere studier (Brand & Lowenstein, 2010; Dorahy et al., 2014; Nijenhuis, 2004), særlig hos personer diagnostisert med DID (Nijenhuis, 2001), og til en viss grad DDNOS (Boon & Draijer, 1993; ISST-D, 2011; Kihlstrom, 2005). Blant annet er det funnet at over en tredjedel av personer med DID også oppfyller kravene for en somatoform lidelse eller spiseforstyrrelse (Ellason et al., 1996). Tilsvarende kan vi se høye forekomster av barndomstraumer hos personer med somatiseringslidelse (ISST-D, 2011). I de siste årene har det også kommet flere studier som indikerer at traumatiske barndomserfaringer kan gi uttrykk som kroniske smerter og diffuse helseplager (Kirkengen & Næss, 2015; Panicsh, 2020). Eksempelvis er dissosiasjon funnet å være prevalent blant kvinner med kroniske bekkensmerter (Panicsh, 2020).

Et tankekors i denne forbindelse er det diagnostiske skillet i DSM mellom dissosiative lidelser og konversjonslidelser (American Psychological Association, 2013; Kihlstrom, 2005), som kan forhindre en diagnostisk forbindelse mellom dissosiativ problematikk og uforklarlige kroppslige plager. Nijenhuis (2001) har for øvrig påpekt at det er sannsynlig at somatoform dissosiasjon tilhører en undergruppe somatoforme symptomer som vanskelig kan forklares medisinsk. Han introduserte begrepet somatoform dissosiasjon for å understreke hvordan

disse kroppslige utfallene er etiologisk forbundet med psykoforme dissosiative symptomer (ISST-D, 2011; Nijenhuis et al., 1999). I den sammenheng har han utviklet et instrument for å fange opp slike tilfeller, under betegnelsen “Somatoform Dissociation Questionnaire-20” (SDQ-20) med en tilsvarende kortform, SDQ-5 (Nijenhuis et al., 1996). Disse er ansett som standarder innen screening av dissosiative lidelser (ISST-D, 2011).

Det ser altså ut til å være et godt underbygget faktum at kroppen kan rammes ved dissosiative lidelser, hvilket alene gir rasjonale for å inkludere kroppen i behandling. Viktig i denne sammenheng er imidlertid å forstå *hvordan* kroppen er en del av lidelsen slik den erfares, for også å forstå hvordan den potensielt kan muliggjøre endring utover det vi kan forvente ved å fokusere på de psykoforme symptomene alene. At subjektive plager ikke alltid vil kunne være observerbare utenfra, er videre et solid argument for å inkludere et fenomenologisk perspektiv i vår forståelse av dissosiative lidelser (Dell, 2010).

1.1.7 Prevalens

Visse studier indikerer at prevalensen av dissosiative lidelser ligger på 1% (Ross, 1991; Sar et al., 2007) i den generelle befolkningen, mens andre har funnet belegg for at mellom 0,2-2% (Foote et al., 2013) til 9% (Foote et al., 2006) av personer som tilhører en klinisk populasjon oppfyller kriteriene for en dissosiative lidelse. Det er imidlertid mye som tyder på at det er vanskelig å gjennomføre epidemiologiske studier av dissosiative lidelser (Dorahy et al., 2014) og kun et fåtall har blitt gjennomført. Begrepets flertydighet byr dessuten på utfordringer hva gjelder konsistent bruk av valide og ekvivalente utredningsverktøy.

1.2 Behandling og bedring

Dissosiative lidelser har manglet plass i de generelle diagnostiske utredningsverktøyene som brukes i både klinisk praksis, samt epidemiologisk og klinisk forskning (Dorahy et al., 2014). Dette har antakelig bidratt til at lidelsen har vært underrepresentert både i forskning og klinikk (ibid.). Å sette diagnosen er videre beskrevet som utfordrende, ettersom mange personer kan tilbakeholde informasjon om dissosiative symptomer eller traumatiske opplevelser (Brand & Lowenstein, 2010). Eksempelvis rapporterte Brand og kolleger (2006) at personer med dissosiative lidelser kan ha store vansker med å fortelle om sine erfaringer eller svare på

traumerelaterte spørsmål, som kan resultere i minimering, motstridende svar eller dissosiasjon underveis i samtale.

Flere naturalistiske studier indikerer at behandling kan gi symptomlette og bedre funksjon (Brand et al., 2014; Dorahy et al., 2014), men ingen randomiserte kontrollerte studier er rapportert for denne pasientgruppen, inntil en nylig studie av Bækkelund og kolleger (2021). I den forbindelse er det påpekt behov for flere metodisk stringente studier som kan trekke slutninger om behandlingseffekt (ibid.).

Videre mangler vi kunnskap om hvordan fenomenet oppleves fra innsiden, og hva personene som strever med denne lidelsen selv regner som gode utfall av behandling. Få kvalitative studier er gjennomført. Hva som er god behandling for dissosiative lidelser kan videre diskuteres i lys av hva som regnes for å være vellykkede utfall, og hvem som skal avgjøre dette. Her synes det ikke å foreligge noen klar konsensus, som til dels kan forklares av at personer med dissosiativ lidelse utgjør en heterogen gruppe (Brand & Lowenstein, 2010). Dette sett i lys av en større diskusjon som angår psykiske lidelser generelt, om hvorvidt tilfriskning bør vurderes utover, og kanskje i enkelte tilfeller på tross av, manglende symptomreduksjon. For eksempel kan mål på livskvalitet, som måter å forholde seg til og leve med egen lidelse være vel så viktige fra et brukerperspektiv (Sommer et al., 2021). Dette understreker igjen viktigheten av kvalitative studier med fokus på brukererfaring, som bidrag til diskusjonen rundt hva slags formål som bør være utgangspunkt for behandling. Den aktuelle studien har således et viktig potensial. Ved å løfte frem den subjektive, levde erfaringen til personer med dissosiativ lidelse, gir den informasjon som også kan ha klinisk relevans.

1.2.2 Hva skal behandlingen vektlegge?

Det råder en viss konsensus om at behandling av dissosiative og andre komplekse, traumerelaterte lidelser bør være fasebasert (Brand & Lowenstein, 2010; ISST-D, 2011), oppdelt i stabilisering, traumbearbeiding og reintegrasjon. Utover fasebasert traumebehandling benyttes mange ulike tilnærminger, deriblant hypnose, EMDR og sensorimotorisk psykoterapi (ISST-D, 2011). Psykofarmaka brukes også til en viss grad, dog hovedsakelig for å assistere stabilisering eller behandle andre komorbide plager (Brand & Lowenstein, 2010). Litteraturen som angår behandling av dissosiative lidelser er imidlertid mangelfull, og nyere forskning antyder at personer med dissosiative lidelser kan ha ulik

virkning av stabilisering enn personer med relatert problematikk, som PTSD (Bækkelund et al., 2021). Flere studier indikerer dessuten at dissosiative symptomer er assosiert med manglende respons på psykoterapeutisk behandling for annen problematikk (Lyssenko et al., 2017), hvilket også støtter funn som viser at pasienter med alvorlig dissosiasjon har lite utbytte av behandling som ikke spesifikt adresserer de dissosiative symptomene (Arntz et al., 2015). Hva innholdet i behandlingen skal være fremgår imidlertid ikke tydelig.

I likhet med mange traumerelaterte lidelser er dissosiative lidelser karakterisert av tendenser til unngåelse av emosjoner, og særlig av kroppslige inntrykk (Schäflein et al., 2018). Dette understøttes av funn som viser lavere evne til interoseptiv oppmerksomhet hos personer med dissosiative plager (ibid.). Interosepsjon kan i en snever forstand defineres som persepsjonen av kroppslige signaler (Khoury et al., 2018). Denne evnen regnes som fundamental for å oppfatte og forstå ikke bare kroppen, men hvordan vi som mennesker forholder oss til, og tolker oss selv og omverden (Khoury et al., 2018; Schäflein et al., 2018). Her kan vi trekke en parallell det Rothschild (2004) omtaler som “kroppsbevissthet”, forklart som evnen til å oppfatte signaler fra egen kropp, samt oppfatte og tolke signaler fra verden rundt. Sistnevnte omtales også som vår evne til ekstrosepsjon, og angår mer spesifikt persepsjon av omgivelsene.

Hemmingen i kroppsbevissthet kan vi forstå som en adaptiv funksjon som muliggjør et liv under traumatiske omstendigheter (Anstorp & Benum, 2014). På et senere tidspunkt kan den imidlertid forstyrre daglig fungering og interaksjon, og være til hinder for effektiv behandling grunnet manglende tilgang på affekt i samtale (Stänicke et al., 2013). I denne forbindelse kan vi trenge begrep om sammenhengen mellom vårt kropps- og følelsesliv. Dette vil vi drøfte i det følgende, ved å se til teorier om hvordan kroppen kan forstås som et medium for erfaring og interaksjon med omverdenen. Her har vi særlig latt oss inspirere av Maurice Merleau-Pontys filosofi, som tar utgangspunkt i at grunnlaget for det vi vet om verden skapes gjennom kroppens forståelse av sin situasjon eller sine omgivelser (Østerberg, 1994).

1.3 Kroppens betydning

Kroppen er en ufravikelig del av det å føle, både ved å være involvert i selve fornemmelsen, uttrykket og handlingstendensen en følelse innebærer (Fuchs & Koch, 2014). Men slik vi forstår at kroppen er involvert i vårt følelsesliv, kan vi også forstå følelser som involvert i vårt

“kroppsliv”. Her er et utvekslingsforhold som forhindrer oss i å definere en lidelse som rent psykisk eller somatisk (Merleau-Ponty, 1945/1994).

Dersom vi snakker om kropp i utvidet forstand (Baron, 1985) kan vi kanskje forstå det som vårt “erfaringsmedium”, ved at den representerer en før-refleksiv viten av hvordan det er å være i verden; en bakgrunn som strukturerer vår erfaring til enhver tid (Fuchs & Schlimme, 2009; Merleau-Ponty, 1945/1994). Vi kan si at kroppen er et *persepsjonssystem* (Sletvold, 2009). Den er avgjørende for å avdekke muligheter for å omgås med våre omgivelser, ved at den stadig rettes mot det den *kan* (Merleau-Ponty, 1945/1994), som en “mulighetsleverandør” (Fuchs & Koch, 2014). Denne innfallsvinkelen kan videre belyse hvordan kroppen også kan være begrensende for livsutfoldelse, som er interessant og potensielt avgjørende for å forstå hvordan det er å leve med psykiske plager. Begrepene erfaringsmedium og mulighetsleverandør vil videre brukes gjennomgående for å belyse kroppens fenomenologi i den aktuelle studien.

1.3.2 Kroppens fenomenologi

For å få kunnskap om et lidelsesfenomen, trenger vi å forstå hvordan det kan erfares (McLeod, 2011). Dette innebærer å studere opplevelser fra et førstepersonsperspektiv, slik de fremstår for subjektet. I det følgende vil vi med utgangspunkt i Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi drøfte hvordan kroppen kan regnes som vesentlig for vår værenserfaring, samtidig som den er vanskelig å begripe.

Persepsjon for Merleau-Ponty, er en stadig prosess av utforskning og oppdagelse som i personers sinn først vil vise seg som tvetydige, førspråklige “fenomener”. Disse representerer kroppens førobjective forhold til verden, fra hvilket den intersubjektive verden av objekter kommer til syne (Østerberg, 1994). Det er Merleau-Ponty sin oppfatning at kroppens vesen usynliggjøres eller “fortrenges” (Merleau-Ponty, 1945/1994), for å kunne oppdage en verden av objekter (Merleau-Ponty, 1945/1994; Romdenh-Romluch, 2010). Den må “glemme seg selv”. Vår evne til selvrefleksjon eller selvbevissthet, muliggjør nettopp vår evne til å plassere oss utenfor vårt kroppslige senter (Plessner, 1928, gjengitt i Shusterman, 2018). Fordi kroppen er mulig å tenke *om*, fremstår den tvetydig, ved å være subjektet som oppdager og *samtidig* objektet som oppdages.

Bak den språklige, objektiviserte erfaringen kan vi altså anta at det finnes en taus, kroppslig viten om de førobjective fenomener. Dette kan blant annet relateres til vår “emosjonelle kroppstilstand”, forklart som kroppslige endringer som skjer ubevisst etter påvirkning fra omgivelsene. Denne er i sin essens førspråklig, og derfor språkløs (Sletvold, 2009). Dermed kan det tenkes at den kroppslige eller sanselige erfaringen lett glemmes dersom vi fokuserer på ordene alene. Stern sitt skille mellom “word knowledge” og “world knowledge” er illustrerende i denne sammenheng, ettersom han mener at det kan oppstå en kløft mellom disse når et barn tilegner seg språk (Stern, 1985).

1.3.3 Å tenke om kroppen

Basert på det overstående kan vi argumentere for at kroppen er avgjørende for måten vi oppfatter og blir kjent med verden. Dette gir videre et rasjonale for kroppsfokus i behandling. Å kunne bevisstgjøre, gi uttrykk for og bekrefte en ennå ordløs erfaring er for øvrig et viktig terapeutisk siktemål (Killingmo, 2006; Sletvold, 2009). Dette er særlig aktuelt i arbeid med pasienter der affektiv aktivering, dermed en emosjonell kroppstilstand, ikke er knyttet til en meningsfull selvrepresentasjon (Killingmo, 2006). Slike tilfeller omtales ofte i forbindelse med begrepet “mentalisering”, som kan defineres som vår evne til å forstå egen og andres atferd ut ifra mentale tilstander (Fonagy, 2006; Mitchell & Steele, 2021). Perspektivet baserer seg både på utviklingspsykologisk, nevropsykologisk og psykoanalytisk kunnskap (Fonagy, 2006), og kan gi mening til somatoforme tilstander ved å forstå disse som uttrykk for at følelser og mentale tilstander i liten grad er representert, integrert og tolerert (Lecours & Bouchard, 1997). I den forbindelse er det funnet at mentalisering av kroppen på et kognitivt nivå kan være forstyrret hos personer med traumeopplevelser, både som følger av overveldende affektive tilstander, og fordi selve traumet kan være lokalisert i sensorisk og somatisk opplevelse (Mitchell & Steele, 2021).

1.4 Kroppens plass i behandling

Innenfor rammene av psykoterapi generelt, og traumefeltet spesielt, ser vi stadig flere behandlingsformer som benytter kroppen som innfallsvinkel (Van der Kolk, 2014). Deriblant finner vi EMDR (Bisson et al., 2013), yogaterapi (Barnett et al., 2014), danseterapi (de Witte et al., 2021), sensorimotorisk psykoterapi (Ogden et al., 2006) og somatic experiencig

(Kuhfuß et al. 2021). Disse har i de siste tiårene vist lovende resultater som alternativ til, og i kombinasjon med mer tradisjonell samtaleterapi (van der Kolk, 2014).

Det er tydelig at det gjenstår mye forskning på kroppsorienterte behandlingsformer, særlig når det gjelder utfallsmål. Noen studier viser at kroppsorienterte tilnæringer kan ha effekt på symptomer ved den psykiske lidelsen (van der Kolk et al. 2014), mens andre tyder på en mer indirekte effekt, eksempelvis i form av bedret evne til interosepsjon (de Witte et al., 2021; Srismith et al., 2020; van der Kamp et al., 2019), kroppsbevissthet (Classen et al., 2021), mottakelighet for trygging (“receptivity for soothing”) (Langmuir et al., 2012) eller økt hverdagsfungering (Leirvåg et al, 2010). Selv om slike behandlingsformer har økt i sitt omfang de siste årene, finner vi få studier som tar for seg effekten av denne behandlingen for personer med dissosiative lidelser. Det finnes imidlertid antydninger til at kroppsorientert terapi kan redusere dissosiative symptomer (Price, 20007).

1.4.1 Kropp og traumer

Den aktuelle studien har tatt utgangspunkt i forståelsen av dissosiasjon i et traumeperspektiv. Ved å undersøke hvordan traumatiske erfaringer påvirker hele organismen, vil vi argumentere for at det følger naturlig at kroppen bør adresseres i behandlingen. I den forbindelse har vi særlig vært inspirert av sensorimotorisk psykoterapi som rammeverk for å forstå hvordan traumeerfaringer manifesterer seg kroppslig, og hvordan man behandlingsmessig kan tilnærme seg dette.

De psykobiologiske og instinktive forsvarssystemene som aktiveres i møte med fare, kan gi varige mønstre som påvirker et individ flere år etter at det vonde er over (van der Kolk, 2014). For mange vil dette føre til høyere sensitivitet for triggere fra omgivelsene og et dysregulert nervesystem (Fisher, 2017; Ogden, Pain & Fisher, 2006). Videre tyder mye på at tilgangen til traumenarrativet ligger utenfor det ord kan formidle alene. Forskning rundt implisitt hukommelse eller “kroppsminner” er særlig aktuell i denne forbindelse, og gjelder ikke-verbale og ubevisste minner som manifesterer seg som prosedurale og kroppslige endringer i nervesystem, vaner og fysiske mønstre (Ogden & Fisher, 2015). Etersom implisitte minner ikke er verbaliserbare og ofte ligger utenfor det bevisste domenet, kan de vanskelig bringes til bevisstheten ved en viljesakt (ibid.). Dermed kan de også være svært kraftfulle, fordi situasjonen eller hendelsen som skapte dem ofte er glemt og dermed vanskeliggjør formulering i form av narrativer eller ord (ibid.).

Gitt at kroppen er bærer av nonverbal kunnskap, vil det være interessant å undersøke hvordan tilgang til en taus kroppslig viten kan gi ny innsikt, både relatert til vår forståelse av dissociative lidelser, og hvordan vi kan tilnærme oss behandling.

1.4.2 Grunnlaget for kropporientert behandling

Det terapeutiske rasjonalet for kropporientert behandling er basert på kunnskap fra interpersonlig nevrobiologi, nevrovitenskap, traumeforskning og tilknytningsforskning (Ogden & Fisher, 2015). I store trekk argumenteres det for at pasienter gjennom bevegelse og fokus på kroppen skal utvikle og kultivere en kroppsbewissthet. Slik kan de finne ressurser i kroppen som kan styrke en følelse av trygghet, samt opparbeide toleranse for både negative og positive fornemmelser.

De fleste kropporienterte disiplinene har et “her og nå” fokus, for bedre å kunne sortere overaktive kroppslige faresignaler fra det som faktisk foregår i omgivelsene (Fisher, 2017). Følgelig er også mindfulness, eller former for bevisshetsregulering en gjennomgående komponent i kroppsfokuserte behandlinger, gjerne i kombinasjon med språklige intervensjoner (van der Kolk, 2014). Et eksempel på dette er delt oppmerksomhet (“dual awareness”), som involverer en samtidig behandling av indre og ytre stimuli, der personen både observerer opplevelsen og samtidig kjenner på tilhørende emosjoner og fornemmelser (Ogden & Fisher, 2015). Med andre ord tillater delt oppmerksomhet å kjenne hvordan det er å være i en kropp, i en verden. Bruken av deskriptivt språk anvendes i denne sammenheng for å observere og tolerere indre opplevelser (van der Kolk, 2014). Slik kan en også fostre evne til å regulere aktiveringen av det sympatiske nervesystemet. I tillegg fokuserer flere tilnærminger på symbolbruk via kroppslige aktiviteter, eksempelvis i form av “psykodrama” (de Witte et al., 2021; Ogden & Fisher, 2015).

Emosjonell og kroppslig regulering fremstilles ofte ved modellen for regulering av autonom aktivering, “Toleransevinduet” (Siegel, 1999). Denne postulerer at kroppslig og emosjonell regulering, samt kroppslig trygghet i nåtid, vil være en forutsetning for å prosessere traumatiske erfaringer (Ogden & Fisher, 2015). Viktig i denne sammenheng er å skape et bevisst forhold til egne kroppslige signaler på over- eller underaktivering. Dette for å utvikle ferdigheter som gjør at man kan holde seg i, eller hente seg tilbake til, en sone hvor man effektivt kan håndtere og tolerere sine emosjoner (Siegel, 1999). Utforskning av kroppslige fornemmelser og vaner kan dermed fungere som en inngangsport for å gradvis oppøve en

toleranse for det traumatiske, og fremme daglig fungering (Levine, 2010; Ogden, Minton & Pain, 2010). For de tilnærmingene som fokuserer på eksponering og rekonsolidering, kan dette være særlig nyttig for at traumeminnet skal kunne lagres i en ny, adaptiv og integrert form (Shapiro, 2012; Oren & Solomon, 2012).

Felles for de kroppsorienterte disiplinene er et fokus på å fremme trygghet via kontakt med kropp og sanser. Formålet er å fremme integrasjon av kroppslig prosessering med kognitiv og emosjonell prosessering (Ogden & Fisher, 2015). En tilnærming med kroppen i fokus anerkjenner viktigheten av å fremheve det ikke-språklige, med en tanke om at selverfaringen endres når kroppserfaring utvides.

1.6 Oppsummering av introduksjon og forskningsspørsmål

På bakgrunn av det ovenstående ser vi at dissosiasjon som fenomen byr på forvirring grunnet mange ulike konseptualiseringer. Problematikken synes videre å være vanskelig å oppdage, og har således lett for å forbli underdiagnostisert. Det finnes få behandlingsstudier, og vi vet lite om hva pasientgruppen selv opplever som god behandling. Det er imidlertid antydning at de kan være vanskelig å nå med tradisjonell samtalerapi, og kroppsorientert behandling er i den sammenheng foreslått som en potensielt fruktbar tilnærming, blant annet sett i sammenheng med kunnskap om kroppens rolle som bærer av traumeminner.

Tross at kroppens rolle i dissosiative lidelser er anerkjent, synes den i svært liten grad å være undersøkt fra pasientenes ståsted. Feltet er dessuten mangelfullt hva angår systematiske kvalitative studier som fokuserer på levd erfaring hos personer med dissosiative lidelser. Vi tenker derfor at den aktuelle studien kan bidra til å øke vår forståelse for dissosiative lidelser som sådan, gitt kroppens grunnleggende funksjon som erfaringsmedium og mulighetsleverandør. Studiens formål er altså å undersøke det kroppslige opplevelsesaspektet av å leve med dissosiativ lidelse, og hvordan det kan være meningsbærende for væren i verden. Dette med utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: Hvordan gir mennesker med dissosiativ lidelse uttrykk for- og mening til kroppslige erfaringer etter deltakelse på stabiliseringskurs?

2 Metode

I følgende del vil vi gjøre rede for valg av metode og vurderinger vi har gjort underveis i prosessen. Her vil vi også oppgi karakteristika ved utvalget, analysens fremgangsmåte og etiske betraktninger.

2.1 Metodisk tilnærming

Fordi vi ønsket å undersøke deltakernes erfaringer med å leve med sin lidelse, valgte vi et kvalitativt format for den aktuelle studien. Dette tillot oss å utforske det opplevelsesnære og se etter indre sammenhenger som informantene selv skapte og brukte (Haavind, 2001). Med det kroppslige i fokus bevegde vi oss dessuten inn i et fagområde som har fått lite fokus i forskningslitteraturen hva angår dissosiative lidelser. I den sammenheng var også en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig, ettersom metoden tilbyr fleksible og sensitive verktøy for å fange opp betydninger som ikke før har vært synlige eller godt nok forstått (McLeod, 2011).

Ettersom vi verken tok del i utformingen av intervjuguiden eller utføringen av intervjuene, var det usikkert hvorvidt datamaterialet ville frembringe informasjon som lå innenfor vår forskningsinteresse. Derfor ville vi holde en åpen og fleksibel teoretisk tilnærming, som kunne tilrettelegge for et rikt og komplekst inntrykk av dataene. I denne forbindelse tok vi innledningsvis utgangspunkt i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), for senere å arbeide i henhold til fortolkende fenomenologisk analyse (FFA, Smith et al., 2009). Dette lot seg gjøre ettersom de første fasene i analysetilnærmingene samsvarer, og fordi FFA kan forstås som en form for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

FFA har som formål å utforske menneskers levde erfaringer på en detaljert måte, og hvordan hver enkelt gir mening til disse (Smith, 2015). Den har et induktivt format, og vektlegger analysens ulike nivåer; både det psykologiske og fortolkende i tillegg til det sagte ord. Ettersom vår interesse var å undersøke kroppslige fenomener, som overskrider hva språket kan uttrykke, fremsto FFA som en egnet metode. Dette grunnet tilnærmingens fleksible retningslinjer som tillater et teoretisk rammeverk hvilket er basert på, men samtidig kan utvide deltakernes egne konseptualiseringer og formuleringer (Shinebourne & Smith, 2009; Smith et al., 2009). I tillegg er FFA godt egnet for små utvalgsstørrelser og relativt homogene grupper (Smith & Osborn, 2008), som var relevant i vårt tilfelle.

2. 2 Epistemologiske betraktninger

FFA er fenomenologisk i den forstand at den vektlegger informantens fortolkning av erfaringer, men også forskerens fortolkning av informanten, og er dermed nært tilknyttet den hermeneutiske tradisjonen. Den er også ideografisk ved at den fremhever hver enkelt informants narrativ, i tillegg til temaene som viser seg å være felles for alle informantene. Fordi vi har valgt å benytte oss av FFA vil vi følgende redegjøre for tilnærmingens epistemologiske utgangspunkt, sett i sammenheng med den aktuelle studien.

Fenomenologi

En fenomenologisk tilnærming er en dybdeanalyse som involverer mer enn det sagte ord (Smith, 2015). Etersom vi gjennomgående har søkt å fange deltakernes opplevelse av virkeligheten fra en kroppslig innfallsvinkel, har dette vært avgjørende for en åpen utforskning av fenomenet i fokus (Braun & Clarke, 2006).

I analysen forsøkte vi å beholde et fenomenologisk blikk ved å studere og forstå hver deltaker fra deres eget synspunkt, og alltid tenke om dem som aktive agenter. Vi har imidlertid etterstrebet en ydmykhet vedrørende hvor mye kunnskap vi kunne erverve om deres "livsverden", i tråd med en forståelse av menneskelig erfaring som et nett av sammenflettede og avhengige meningsenheter som unndrar seg reduktiv analyse (Husserl, 1936/1970, gjengitt i Smith, 2015).

Vår tilnærming belaget seg videre på en essensialistisk forståelse av deltakernes erfaringer. Dette innebar en antakelse om at vi til en viss grad kunne få gyldig kunnskap om deltakernes erfaringer via deres formuleringer av disse, i den forstand at deres språklige konstruksjoner relaterte til en "virkelig verden" (Smith, 1996; Smith, 2015). Viktig å ta i betraktning i vårt tilfelle, var dog hvordan deltakernes kroppslige erfaringer ikke kunne studeres helhetlig og fenomen-nært slik de var representert i et språklig format. En språklig analyse satte derfor klare begrensninger med hensyn til mengden og dybden av informasjon som kunne utledes om kroppslige erfaringer. Dette vil utdypes i diskusjonsdelen.

Hermeneutikk

Ved å beholde en bevissthet rundt hvordan tilgangen til fenomener alltid skjer ved fortolkning (Heidegger 1927/1962, gjengitt i Smith, 2009), etterstrebet vi å beholde en årvåkenhet

vedrørende *hvordan* vi kunne erverve kunnskap om fenomenene vi var interesserte i. Således forholdt vi oss til en slags “dobbel hermeneutikk”, i betydningen at vi som forskere prøvde å forstå og skape mening av hvordan informantene forsto og skapte mening av sin opplevelsesverden (Smith & Osborn, 2008). Dette ettersom tolkningen av et fenomen ikke tilsvarer fenomenet i seg selv (Heidegger 1927/1962, gjengitt i Smith, 2009), på samme måte som en språklig beskrivelse av en kroppslig erfaring er relatert til, men fremdeles ulik selve erfaringen.

Ettersom vi i denne studien nettopp ønsket å belyse deltakernes kroppslighet, belaget vi oss på en “mistenksomhetens hermeneutikk”, i tillegg til den av “meningsgjenkalling” (Ricoeur, 1970). Dette fordi vi ønsket å forstå noe bakenforliggende ved erfaringene slik de ble beskrevet, hvilket ikke ville vært tilgjengelig ved kun å lese deltakernes uttalelser på “face value”. Samtidig har deltakernes sitater hele veien ligget til grunn for fortolkning og analyse (se under Validitet 2.3).

Ideografi

Ved siden av fenomenologien og hermeneutikken, har vi latt oss lede av det unike og særegne; det ideografiske ved hver deltakers uttalelser (Smith et al., 2009). Altså har ikke fenomenet i fokus vært interessant foruten den spesifikke personen sin erfaring og forståelse av det, og konteksten det hele foregår i. Slik har vi både søkt kunnskap om kroppslig erfaring ved dissosiative lidelser som fenomen i seg selv, og livsverdenene til personene som erfaringene angår (Smith, 2004).

2.3 Validitet

Vurderinger som angår studiens kvalitet, har vært inspirert av Stiles (1993) sine kriterier for god forskningspraksis. Disse er basert på konseptene troverdighet og permeabilitet, som omhandler måter å tydeliggjøre hvordan observasjoner og interaksjoner med fenomenet har påvirket oss som studerer det, blant annet ved å vise til refleksivitet og transparens i fremgangsmåte.

2.3.1 Refleksivitet

For å undersøke hvordan et fenomen fremstår, er det nødvendig å undersøke hvordan en som analytiker er involvert i meningsskapningen (Smith et al., 2009). Derfor har vi forsøkt å fasilitere et refleksivt forhold til måter våre forutinntattheter kunne bidra inn i fortolkningen av deltakerne, ved å gjøre disse eksplisitte (Kvale & Brinkman, 2015). I det følgende vil vi redegjøre for betraktninger som angår egen forforståelse, og hvordan den kan ha bidratt inn i analyseprosessen. Dette i henhold til Willig (2013) sitt skille mellom epistemologisk og personlig refleksivitet.

Epistemologisk refleksivitet

Analysearbeidet har gjennomgående båret preg av vår oppfatning av mennesket som en inklusiv del av virkeligheten det inngår i; som sammenflettet med- og dypt involvert i, heller enn adskilt fra verden “utenfor” (Larkins et al., 2006). For å kunne representere deltakernes uttalelser, ble disse med nødvendighet også kontekstualisert i vår egen erfaringsbakgrunn (Larkins et al., 2006). I denne sammenheng har vi imidlertid tilstrebet å stadig beholde en refleksivitet og transparens hvilket gjelder måter vi selv ga mening til deltakernes uttalelser.

Som utgangspunkt for studien har vi vært særlig interessert i kroppen som medium for vår erfaring av og kommunikasjon med verden (Merleau Ponty, 1945/1994). Slik forstår vi mye kunnskap som betinget av vår kroppslige omgang med tingene som studeres. Vi har derfor operert med en bred forståelse for kroppslig opplevelse. Dette bør regnes som en forutinntatthet fra vår side, som har preget vår måte å sortere og forstå deltakernes uttalelser. Dermed er det mulig at vi har vært “overinklusive”, ved å lese inn kroppens rolle der den ikke er like eksplisitt formulert. For å opprettholde en stadig refleksjon rundt slike tendenser i egen lesning, har vi underveis i analysen forsøkt å skille egne assosiasjoner fra mer deskriptiv koding. I den sammenheng skrev vi hver vår leselogg med refleksjoner, spørsmål og interesser som oppstod under gjennomlesningene av intervjuene (Levitt et al., 2017). Dette som en form for “reflexive journaling” (ibid.), som var særlig viktig i startfasen av analysen for ikke å fremstille deltakerne feilaktig.

Personlig refleksivitet

Ingen av oss hadde særlig kunnskap om dissociative lidelser før oppstarten av prosjektet, og vi startet arbeidet med en oppfatning av at feltet var mangefasettert og innviklet, med

komplekse mekanismer for behandling og bedring. Dette har sannsynligvis bidratt til en nysgjerrighet rundt mulige endringer deltakerne har erfart i etterkant av stabiliseringskurset. For øvrig har vi begge en bakgrunn innenfor fysisk aktivitet, nærmere bestemt yoga og klatring. Disse aktivitetene har bidratt til mange mestringserfaringer, og påvirket våre tanker om forbindelsen mellom kropp og sinn. For å være tydelige rundt vår egen forforståelse i en større kulturell kontekst har vi også vært bevisste på at vi begge er hvite kvinner innenfor akademia, og studenter på profesjonsstudiet i psykologi.

2.3.2 Metodisk transparens

For å sikre metodisk stringens har vi stadig rådført oss med veiledere, og gitt disse innsyn i prosess og resultater. Dette som en form for triangulering, i tillegg til egen utforskning av ulike kilder, metoder og perspektiver gjennom hele analyseprosessen (Stiles, 1993).

Samarbeidet med veilederne gjorde det dessuten lettere å opprettholde et refleksivt forhold til egne ideer og tolkninger. Utarbeidingen av koder og tolkninger baserte vi på stoffet som ble presentert for veilederne, for å styrke validiteten i disse. Stegene i dette vil redegjøres for under 2.5. For å fremvise datagrunnlaget for funnene våre noterte vi også frekvensen av rapporterte erfaringer tilhørende hvert tema og subtema i resultatdelen (Hill et al., 2005). Gjennomgående har vi anstrengt oss for at deltakernes sitater skal ligge til grunn for slutninger som er trukket, og forsøke å vise gjennomsiktighet i alle nivåene av analyse, blant annet ved “reflexive journaling” (Levitt et al., 2017).

2.4 Datasett og utvalg

Datasettet kommer fra en studie initiert og gjennomført av Modum Bad, Traumepoliklinikken i Oslo, med oppstart i 2016. Intervjuene er en del av et større forskningsprosjekt der personer med dissociative lidelser har deltatt i et 20-ukers stabiliserings- og ferdighetskurs i grupper, med oppmøte én gang i uka. Kurset er basert på manualen “*Traumerelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*” av Boon, Steele og van der Hart (2011). Utenom kursdeltakerne ble det stilt et krav om at deltakerne skulle gå i individualterapi annenhver uke. Semistrukturerte intervjuer ble utført 6 måneder og 2 år etter avsluttet kurs.

Deltakerne i studien var kvinner og menn fra 18-65 år, med en hovedvekt av kvinner. Alle som ble inkludert i studien hadde opplevd traumatiske hendelser før fylte 18 år, og oppfylte

kriteriene for en kompleks dissociativ lidelse i DSM-5, som DID eller DDNOS. Alle de 25 som ble spurt takket ja til å bli med på intervju 6 måneder og 2 år etter stabiliseringskurset. Eksklusjonskriterier for deltakelse var akutt suicidalitet, alvorlig rusavhengighet, alvorlige psykotiske symptomer, pågående livskrise, nevrologisk sykdom og livstruende somatisk sykdom.

Det forelå i utgangspunktet nesten 15 transkripsjoner av intervjuene gjort 6 måneder etter avsluttet kursdeltakelse, samt ytterligere transkripsjoner for intervjuene gjort 2 år etter stabiliseringskurs. Etter gjennomlesning av til sammen 10 av disse, hvorav 8 var gjort 6 måneder etter kurs, gjorde vi et selektivt utvalg med særlig relevans for egen kunnskapsinteresse (Smith, 2015), hvilket var at deltakeren eksplisitt snakket om kroppslige plager eller fornemmelser. Dermed endte vi opp med fem intervjuer til analysen, alle fra 6 måneder etter kurs. Utvelgelsen av intervjuer, sitater og analysemetode ble altså valgt for å sannsynliggjøre muligheten for å oppnå innsikt og forståelse for fenomenet av interesse, heller enn å følge prinsipper om randomisering og representativitet (Smith, 2015). Vårt endelige utvalg besto utelukkende av kvinner, som var diagnostisert med en kompleks dissociativ lidelse.

2.4.1 Intervju og intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført på Modum Bad, Traumepoliklinikken i Oslo, av tre psykologer som kjente stabiliseringskurset godt. Dette ble organisert slik at intervjueren ikke hadde vært gruppeleder på deltakerens kurs. Det semistrukturerte intervjuet tok mellom 1-1,5 timer å gjennomføre, og bestod av 23 spørsmål, hovedsakelig i åpent format med tilhørende og eventuelle oppfølgingsspørsmål (se Appendiks C).

Intervjuguiden er utarbeidet av prosjektgruppa ved Modum Bad, og hadde som formål å undersøke deltakernes opplevelse av å leve med lidelsen, deres erfaring med undervisning i en spesifikk forståelsesmodell, og hva som fremmer og hemmer en god behandlingsprosess. Flere av spørsmålene i intervjuguiden innebar spesifikke temaer og modeller som det ble undervist i under kurset, men var ikke ment som en direkte evaluering av behandlingstilbudet. Selv om visse spørsmål åpenbart var av mindre relevans for forskningsspørsmålet vårt, ble alle vektlagt like mye i de første fasene av analysen.

2.5 Fremgangsmåte

Analysen er gjort med utgangspunkt i tematisk analyse og fortolkende fenomenologisk analyse. Underveis tillot vi oss å bli inspirert av forskning og teori, med et særlig fokus på kroppsfenomenologi og deltakernes ideografiske uttrykk. Nedenfor beskrives analyseprosessen trinnvis, som vi i hovedsak har utført i tråd med Smith, Flower og Larkins (2009) sine seks steg for fenomenologisk fortolkende analyse.

Første fase - Gjennomlesning for å lære dataene å kjenne

I første fase av analysearbeidet leste vi gjennom intervjutranskripsjonene for å lære dataene å kjenne. Ettersom vi brukte ferdigtranskriberte intervjuer ble alle lest gjentatte ganger for å få grundig kjennskap til dataene, og muliggjøre potensialet for ny innsikt ved hver gjennomlesning (Smith & Osborn, 2008). I denne sammenheng vekslet vi stadig fokus mellom det generiske og det partikulære. Slik sørget vi for å holde oss nært det som var betydningsfullt for hver deltaker. Egne assosiasjoner ble notert parallelt i egen leselogg, for at vi samtidig kunne beholde en åpenhet for nyanser og ulike forståelser av dataene.

Andre fase - Formulering av de første kodene

Underveis i gjennomlesningene noterte vi oss undersøkende kommentarer som skulle fange det semantiske så vel som det språklige innholdet i intervjuene. Det deskriptive ble særlig vektlagt. Her forsøkte vi å opparbeide et rikt sett med koder for meningsbærende enheter i transkriptene, som lå fenomenologisk nært deltakernes egne beretninger og rettet fokus på deres uttalte meningsskaping. Disse omfattet både lingvistiske, deskriptive og konseptuelle perspektiver på dataene, som ble grunnlag for videre utforskning og fortolkning (Smith et al., 2009). Etter å ha kommet til enighet om utformingen av koder for å skape samsvar, fordelte vi intervjuene mellom oss. Videre gjennomgikk vi hverandres koder og notater med eventuelle tilføyelser for å sikre kodenenes gyldighet. I denne fasen behandlet vi hele intervjuet likt, uten å vektlegge noen deler fremfor andre (Braun & Clarke, 2006).

Tredje fase - Organisering av temaer

I tredje fase ble kodene vi utledet fra materialet gruppert i mønstre vi mente kunne fange essensen av hvert tema (Smith et al., 2009). I dette sorteringsarbeidet var begrepene

“erfaringsmedium” og “mulighetsleverandør” veiledende for måten vi sorterte og forsto temaer og sitater. Her ble vi også opptatt av balansegangen mellom å redusere omfanget av dataene og samtidig beholde kompleksiteten i materialet. For å bli bedre kjent med nyansene i hver deltakers intervju, samarbeidet vi så om å utforme portretter av disse. Portrettene inneholdt både én deskriptiv og én fortolkende del, ment å utvikle en “dialog” mellom de kodede intervjuene og vår lesning av disse (Smith et al., 2009). Slik etterstrebet vi å bevare det partikulære i hvert intervju, samtidig som vi kunne å se etter temaer på et høyere abstrahert nivå. Det gjorde også at likheter og forskjeller blant deltakerne trådte tydeligere frem.

Inspirert av Andenæs (Jansen & Andenæs, 2019), ble viktige momenter og sammenhenger i deltakernes beskrivelser brukt som utgangspunkt for utformingen av analyse spørsmål, som tillot oss å fokusere inn mot de delene av intervjuene som var relevante for vårt forskningsspørsmål. De ble således et bindeledd mellom vår teoretiske interesse og innledende analysearbeid, med hensikt å drive prosessen videre (Jansen & Andenæs, 2019). Etter å ha skrevet analyse spørsmål for hvert intervju, gjorde vi et utvalg av fem spørsmål (i Appendiks B) som vi fant aktuelle for alle intervjuene eller av spesiell interesse for forskningsspørsmålet. Disse ble videre brukt for å hente frem relevante koder og sitater fra deltakerne, som ble utgangspunktet for en videre arbeid med hierarkier av temaer (se Tabell 2: Nivåer i analysen).

Tabell 2: Nivåer i analysen

Metatema	Tema	Subtema	Grupper av koder	Koder	Sitat
Første metatema: Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?	Frakobling - å miste kontakt med kroppen	Manglende kontakt med omgivelser	Fjernhet	Til stede/film uten lyd	<i>“Altså dette "til stede"-ordet er jo så vanskelig. Så komplekst. Fordi, jeg føler meg... til stede, at jeg er meg. Men litt som at jeg bare ser en film uten lyd.” (Tina)</i>

Fjerde fase: Finne forbindelser mellom temaer

Alle stegene i analyseprosessen ble gjentatt for hvert intervju, som betyr at vi jobbet parallelt med alle intervjuene. Vi forsøkte her så langt det lot seg gjøre å beholde individualiteten hos hver deltaker, slik at de viktigste temaene i hvert enkelt intervju fikk komme til syne. Inspirert av Braun og Clarke (2006) gikk arbeidet i denne fasen med til å gruppere koder, og deretter definere og revidere hvert tema. Deretter utforsket vi sammenhenger, temastruktur og hierarkier (Smith, 2009). Sitater for hvert tema ble gjennomgått for å sikre at materialet utgjorde koherente mønstre, og sørge for at hvert tema kunne relateres til kodene.

Femte og sjette fase - Formulere mønstre på tvers av kasuser

I de siste fasene av analysen ble temaene gjennomgått gjentatte ganger og vurdert opp mot helheten av datasettet. Således har vi arbeidet i henhold til den “hermeneutiske sirkelen”, som omtaler hvordan meningen av en tekst og vårt forhold til denne utvikler seg gjennom stadige vekslinger mellom ulike nivåer av deler og helheter (Smith, 2009). Dermed kunne vi hente ut essensen i hvert tema, og samtidig identifisere hvordan hvert tema relaterte til helheten på en korrekt og dekkende måte (Braun & Clarke, 2006; Shinebourne & Smith, 2009). Formålet var å sette sammen de ulike temaene til en struktur som skulle fremheve det viktigste og mest interessante aspektene ved deltakernes uttalelser.

Definisjonen av hvert tema ble revidert og spisset for å sørge for likhet innad i hvert tema og klar avgrensning mellom de ulike temaene. Dette basert på Pattons prinsipp om intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Patton, 2002). Temaene ble imidlertid ikke regnet som klart avgrensede, men sett i lys av hverandre. Videre lagde vi visuelle fremstillinger av temaenes innbyrdes relasjon og hierarkiske oppbygning, som utledet et tematisk kart.

Avslutningsvis utformet vi resultatene fra analysen som tekst med tilhørende eksempler og sitater fra intervjuene. Her vektla vi den enkelte deltakers beretninger, samtidig som vi forsøkte å fremheve samspillet mellom beretningene og den analytiske prosessen som utledet våre tolkninger (Shinebourne & Smith, 2009), særlig i relasjon til vårt forskningsspørsmål.

2.6 Etske betraktninger

I den aktuelle studien har vi etterstrebet en ikke-evaluerende, nyansert og vitenskapelig omtale i fremstillingen av resultater og vår diskusjon av disse. Studien som datagrunnlaget

vårt stammer fra har også blitt forhåndsgodkjent av Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK: 2016/1217, datert 18.08.2016). I denne godkjenningen lå det en åpning for at studenter kunne bruke data fra studien i forskningsøyemed og hovedoppgave. Informert samtykke har også blitt innhentet fra informantene om deltakelse i studien (se Appendiks D), og intervjuene ble administrert av erfarne kliniske psykologer. Deltakerne har hatt også hatt mulighet til å uttrykke sine reaksjoner i forbindelse med intervjusituasjonen, og fikk tilbud om å snakke med gruppeterapeuter dersom de skulle få reaksjoner i etterkant.

2.7 Datahåndtering

Før oppstart av prosjektet ble det inngått en samarbeidskontrakt med Modum Bad for å avtale hvilken type data som skulle brukes, hvordan de skulle brukes, og hvilke rutiner vi skulle forholde oss til for sikker datahåndtering. Dette innbefattet blant annet at vi ikke fikk tilgang til personopplysninger eller krypteringsnøkler for enkeltintervjuer, for ivaretagelse av anonymitet. Slik fikk vi også mulighet til å arbeide med materialet utenfor Modum Bad sine lokaler, på egne datamaskiner.

Ettersom de kvalitative intervjuene er en del av en større studie, har Modum Bad endelig ansvar for sletting av data. Dataene som vi har fått tilgang vil bli slettet ved prosjektets slutt. Det er gjort avtale med Modum Bad vedrørende innsyn i oppgaven før en eventuell publisasjon.

3 Resultater

Den kvalitative analysen resulterte i til sammen seks temaer. Disse har vi valgt å kategorisere under metatemaene “Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?” og “Hva jeg gjør med kroppen - måter å hente meg inn igjen” for å tydeliggjøre et skille mellom temaer som angår et opplevelsesaspekt ved det å leve i en kropp med dissosiativ lidelse, kontra temaer som beskriver hvordan deltakerne forholder seg til slike erfaringer. Dette ettersom vi særlig er opptatte av å komme tett på hvordan de opplever og forholder seg til sin væren i verden, med fokus på kroppen som sentrum for erfaring og utfoldelse.

I førstnevnte metatema inngår de fire temaene “Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå”, “På vakt - aldri helt trygg”, “Frakobling - å miste kontakt med kroppen” og “Tidsforvrengning - å miste tidssansen”, mens sistnevnte metatema inkluderer temaene “Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke” og “Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er”. Hvert tema favner også subtemaer som tydeliggjør det vi anser som viktige nyanser i deltakernes uttalelser (se Tabell 3 for oversikt over metatemaer, temaer og subtemaer). Følgende vil hvert tema og subtema presenteres med en indikasjon vedrørende frekvensen av rapporterte erfaringer (Hill et al., 2005), som notert med (a) alle (5 deltakere), (b) flere (3-4 deltakere) og (c) noen (1-2 deltakere).

Tabell 3: Temastruktur

Metatema	Tema	Subtema
Første metatema: Hvordan kroppen virker på meg – hvor skal jeg finne den tryggheten hen?	Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå	<i>Kroppen spiller ikke på lag</i>
		<i>Ting setter seg i kroppen</i>
	På vakt – aldri helt trygg	<i>Ømfintlighet</i>
		<i>Indre utrygghet</i>
	Frakobling – å miste kontakt med kroppen	<i>Manglende kontakt med selv</i>
		<i>Manglende kontakt med omgivelser</i>
	Tidsforvrengning – å miste tidssansen	<i>Fortid blandes med nåtid</i>
<i>Merker ikke at tiden går</i>		
Andre metatema: Hva jeg gjør med kroppen – måter å hente meg inn igjen	Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke	<i>Unngåelse av meg selv</i>
		<i>Avveksling</i>
	Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er	<i>Å bruke sansene</i>
		<i>Mestringsarenaer</i>

3.1 Første metatema: Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?

Det første metatemaet, “Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?”, inkluderer temaer som representerer det erfaringsnære ved deltakernes uttalelser, og forteller noe om hvordan det er å være den de er, der de er. Her fant vi fire fremtredende former for erfaringer, som vil utdypes i det følgende (se Tabell 3).

3.1.1 Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå

Alle deltakerne i utvalget beskrev å ha ulike kroppslige plager, som diffuse smertetilstander, verk i ledd og muskler, kvalme, kramper eller lammelser. Noen hadde fått en somatisk diagnose, men de fleste opplyste om å være i et utredningsløp eller at plagene hadde ukjent årsak. Dette er utgangspunkt for første tema, “Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå”. Deltakernes beskrivelser er her organisert i henhold til to subtemaer, som gjengir opplevelser av at kroppen ikke spiller lag, samt erkjennelser av at ting kan sette seg i kroppen.

Kroppen spiller ikke på lag

Under intervjuet beskrev flere av deltakerne opplevelser av ulike former for vedvarende smertetilstander som var vanskelig å forstå eller forandre. Felles for disse var fremstillinger av kroppen som noe utenfor deres makt, som om den var fremmed og utilgjengelig.

Lene fortalte om sine smerter, som hun hadde flere steder i kroppen: *“Jeg vet fint lite, jeg skal inn til utredning både her og der og vi vet egentlig ikke hva det er. Så... Vi vet bare at det er vondt, da.”* Hun hadde blitt fortalt av sin lege at hun ikke bør forvente å være tilbake i jobb på en stund: *“Så lenge det ikke er noen endring i hvordan kroppen... fungerer så er det fint lite å gjøre.”* Her syntes det som at Lenes forståelse av hennes kropp og sykdom hadde konsekvenser for hvordan hun oppfattet handlingsrommet for å håndtere plagene sine. Dette virket også å være tilfellet for Tina, som ga uttrykk for hvor vanskelige og uhåndterbare smertene var å leve med: *“Hvis noe kan fjerne de kroniske smertene jeg har i kroppen. Bare glemme alt, leve i nuet og være her, så kommer jeg til å bli avhengig. Av følelsen.”*

Sarah omtalte den fysiske tilstanden hennes som sitt opprinnelige problem. Behandling for fibromyalgi ble hennes vei inn i psykisk helsevern, og det første møtet med en psykolog skjedde via smerteklinikken. Hun omtaler smertene i den forstand at hun ikke hadde kontroll,

og at hun i perioder hadde vært så dårlig at hun ikke hadde “hatt så mye valg”, annet enn å ta det med ro.

Felles for beretningene ved dette subtemaet syntes å være uttrykk for at kroppen fungerte uavhengig av deltakerne. Den spilte ikke på lag, men jobbet heller mot dem. Kroppen fremsto som vanskelig å forstå, og dermed vanskelig å leve med.

Ting setter seg i kroppen

Flere av deltakerne uttrykte nysgjerrighet i forbindelse med nyvunnen forståelse av sine psykiske plager, og spurte seg om dette på noen måte kunne henge sammen med deres kroppslige tilstand:

“Ja, og det at jeg får sånn... kan få sånn akutt vondt i magen... Og, ehm... ja. Og noen dager har jeg bare veldig vondt i magen... nesten hele dagen... og... men det kan også komme akutt og det kan bli skikkelig ille. Og det har jeg jo også lurt på om har noe med psyke å gjøre, eller... ” (Sarah)

For noen hadde diagnosen dissosiativ lidelse gitt mening til deres udiagnostiserte somatiske plager. Katrine hadde eksempelvis gått til utredning av noe legene mistenkte var epilepsi: *“Dette var jo egentlig da jeg fikk den diagnosen her, at jeg på en måte begynte å skjønne litt mer av... ting.”* For henne var disse anfallene svært uforståelige frem til hun fikk sin psykiske diagnose. Hun merket også at det var en klar sammenheng mellom stress og kramper i hendene: *“... altså, jeg merker også at det, er jeg veldig stresset så trekker de seg veldig sammen”*.

Karakteristisk for uttalelsene tilhørende dette subtemaet er hvordan deltakerne i større eller mindre grad satte sine fysiske plager i sammenheng med sin psykiske lidelse, og at det som ikke snakkes om “setter seg i kroppen”.

3.1.2 På vakt - aldri helt trygg

Fra alle deltakerne fremkom det at hverdagen var preget av en vaktsonhet overfor omgivelsene, samt fravær av en indre trygghetsfølelse. Dette utgjør det andre temaet, “På vakt - aldri helt trygg”, som videre utypes ved to subtemaer. Disse omhandler henholdsvis deltakernes reaktive respons til omverdenen, og følelser av indre frykt, utrygghet eller uro.

Ømfintlighet

Alle deltakere beskrev opplevelser av å være ømfintlig for sanseinntrykk fra omgivelsene, som plutselige lyder, uventede berøringer eller overveldende stimulering. Dette syntes særlig å være tilfellet i møte med uforutsette eller ukontrollerbare sansestimuli som trigget en subjektiv respons hos dem. Eksempelvis for Tina:

“Jeg er veldig sånn... ømfintlig for når noen tar på meg uten at jeg ser at det kommer. Og hun ene poket borti meg fra siden og det så jeg ikke, og da... da merka jeg at da, da, da, ble jeg... egentlig rett og slett veldig redd.”

Deltakernes erfaringer her virket å omfatte tilstander av årvåkenhet, som fikk dem til å reagere raskt med frykt på plutselige stimuli. Merkbart var også at flere hadde et reflektert forhold til at de var særlig ømfintlige for spesifikke typer sanseinntrykk. Noen omtalte berøring som mest ubehagelig, mens andre snakket om at de var mer sensitive for lyder.

Det fremkom imidlertid også en annen variant av “ømfintlighet”, som syntes mindre reaktiv i sin karakter. Noen fortalte nemlig om en mer generell sensitivitet for mange samtidige inntrykk. Sarah ga uttrykk for dette. I hennes familie kunne samboeren både ha på tv og nettbrett samtidig. *“...så skal han liksom sitte i sofaen med lyd på iPad i tillegg, så det blir to lyder. Det er veldig slitsomt, da”*.

I forbindelse med dette subtemaet så vi hvordan deltakerne kunne være ømfintlige og reagere nokså kraftig på ulike sanseinntrykk fra omgivelsene, som eksemplifisert både ved brå og vedvarende stimulering.

Indre utrygghet

Hos alle deltakere fremkom det at de stadig kjente på en indre utrygghet: *“Sånn 100% trygg føler jeg meg nesten aldri”* (Lene). I denne forbindelse fortalte de om en uro og et diffust indre ubehag, som for flere syntes å være vanskelig å definere eller sette ord på. Det gjaldt for eksempel Sarah, som deltok på en 17. mai-feiring og ikke forsto hvor angst-følelsen kom fra:

“D:...da hadde jeg ordentlig sånn angst-følelse, og så tenkte jeg hvorfor det, liksom, jeg prøver å tenke da, hva kan det være som er grunnen, og så... og så... endte det med at jeg tok en sobril. (Latter.)

I: Men hva er det du kjenner, da?

D: Jeg vet ikke, det er i hvert fall veldig ubehagelig, ubehagelig følelse...“

Noen av deltakernes beskrivelser av indre tilstander fremsto relativt ordfattige og unyanserte, mens andre kunne benytte seg av metaforer og bilder. Felles for uttalelsene var at den indre følelsen virket diffus og udefinerbar.

I motsetning til “Ømfintlighet” fant vi ikke at deltakernes uttalelser om “Indre utrygghet” var knyttet til konkrete stimuli og avklarte personlige triggere. Noen beskrev imidlertid at spesifikke situasjoner ga mer stress og indre uro. Katrine kunne f.eks. særlig kjenne på dette i familierelaterte sammenhenger og på hjemplassen. Hos andre virket det som at det indre ubehaget var mer konstant og hadde en mindre åpenbar årsak. Blant disse var Sarah som prøvde å finne begrunnelse for sin indre frykt, og beroliget seg selv med *“at det kanskje ikke er det”*. Ubegaget fremsto for henne uten forklaring, og syntes mindre håndterbart enn det gjorde for Inger, som beskrev et mer aktivt forhold til følelsen av indre utrygghet: *“... Og hvis det oppleves utrygt... fordi det er utrygt inne. Da kan du gjøre noe med det.”*

Det virket altså å være normaltilstanden hos flere av deltakerne å kjenne seg urolig, og at dette gjennomsyret hverdagen deres. Dog hadde mange en opplevelse av at de følte seg tryggere i etterkant av stabiliseringskurset, og fortalte om øyeblikk med trygghet, både på kurs og hjemme. *“Nå er jeg faktisk ganske rolig når jeg sitter her, da, men! Ehm... men ellers er jeg ganske urolig (latter)”* (Katrine). Til tross for at deltakerne fortsatt hadde opplevelser av indre utrygghet og ømfintlighet for sanseintrykk, virket det gjennomgående som om de kunne resonnerer rundt grad av utrygghet. Flere fremviste for øvrig en forståelse for hvordan deres vaksomhet relaterte til deres psykiske lidelse.

3.1.3 Frakobling - å miste kontakt med kroppen

Det tredje temaet, “Frakobling - å miste kontakt med kroppen”, representerer hvordan deltakerne på ulike måter beskrev opplevelser av å være fjern, relatert til en frakobling fra kroppens evne til å innta signaler både innenfra og utenfra. Under dette temaet er deltakernes beretninger delt i to subtemaer, som skiller mellom erfaringer av manglende kontakt med selv og manglende kontakt med verden rundt.

Manglende kontakt med selv

Flere deltakere satte ord på hvordan de kunne ha vansker med å kjenne, og ha et forhold til egen kropp. I denne sammenheng så vi noen ulikheter mellom deltakerne. Mens noen fortalte om episoder med lammelser i armer og deler av ansiktet, fortalte andre om en normaltilstand preget av å kjenne seg svevende, utenfor egen kropp:

” ... selv om jeg vet at jeg sier for det meste veldig riktig at det er som at du svever gjennom dagen, at du... hører din egen stemme, og du er ikke i kroppen og kanskje litt sånn, og det begynte å bli veldig... skummelt, egentlig. Sterkt og skummelt.” (Inger)

Å mangle kontakt med seg selv syntes også for noen deltakere å være relatert til frakobling fra kroppen i form av vansker med å kjenne fysiske behov, som sult eller behov for avslapning. Dette resulterte i at de trengte rutiner for å få spist og sluppet av. Tina fortalte eksempelvis om hvordan hun en dag *“har liksom tenkt at... trodde at jeg har spist, og så har jeg ikke det”*. Hun belaget seg således på hukommelsen for å vite om hun hadde spist, fremfor om hun følte seg sulten. Mangelen på kontakt med kroppen ga seg til kjenne i sitt fravær, i det hun beskrev tilstedeværelse som det motsatte; nemlig å ha kontakt med kroppen:

“Det første jeg tenker er å være her og nå. Men også å være i kontakt med kropp og følelser. Og hvor viktig det er, at det, at det, kroppen fysisk er her, jeg kjenner den, og at følelsene, de er her, og det er greit, og det er riktig. Eh... så på en måte det ordet, har fått en annen betydning etter kurset, fordi til stede har jeg, før tenkte jeg "ja det er her og nå, det," men man kan jo fysisk være her og nå, til stede, samtidig som en ikke er til stede i hodet.”

Det virket altså som om den manglende kontakten med henne selv også førte til en opplevelse av å ikke kjenne følelsene ordentlig. Det samme så vi hos noen deltakere som fortalte om manglende tilgang på glede, eller kjennskap til hva de likte eller ikke likte; som en form for flathet eller likegyldighet.

Noen hadde imidlertid fått et gryende forhold til egne behov ved at de klarte å kjenne og erkjenne mer - at de var litt mer “påkoblet”. For eksempel fortalte Tina at hun hadde begynt å legge merke til når dissosiasjon var i ferd med å skje. Hun beskrev at hun ikke forsvant helt, men halvveis, som *“halvveis-dissosiering”*. Opplevelsen hennes var at hun etter kurset hadde mer kontroll over egen tendens til å dissosiere. Kanskje i likhet med det Lene kalte en mer *“kontrollert tilstedeværelse i eget liv”*.

Dette subtemaet illustrerer altså hvordan flere av deltakerne hadde følelser av å være utenforstående til egen kropp, og vansker med å oppfatte og forstå fysiske behov. De syntes å ha “manglende kontakt med selv”.

Manglende kontakt med omgivelser

Alle deltakerne fortalte spontant om at de følte seg fjerne fra omverdenen. Dette ble beskrevet som at de ikke var påkoblet eller at de mistet kontakt med sansene, og dermed også grepet om det som skjedde i verden rundt dem. Dette fremstår nesten paradoksalt i forhold til deres uttalelser angående ømfintlighet for sanseintrykk, der de omtalte erfaringer med å være svært reaktive.

Noen av deltakerne fortalte at de kunne ha sanseopplevelser der de ikke fullstendig registrerte hva som skjedde. Sarah ga uttrykk for dette, i forbindelse med at hun ikke fikk med seg at hun passerte noen hun kjente: *“hun hilste, jeg bare ”å, ja...” jeg så liksom, jeg så at det gikk folk forbi, men jeg enser liksom ikke så mye mer, da. ”*.

Et annet aspekt ved dette virket å omhandle manglende involvering med omgivelsene, som for Lene:

“Jeg har nok egentlig siden jeg var relativt ung følt at jeg har vært veldig sånn, på utsiden av alle andre, egentlig. At jeg har på en måte alltid sett verden litt igjennom en sånn... glassvegg. Det er liksom, jeg er her og de er der” .

Hun fortalte også at hun kjente en ambivalens tilknyttet frakoblingen, fordi den også var fordelaktig. Dette i forbindelse med at hun kunne kjenne på en slags lettelse for å slippe å ta del i en overveldende verden, at det *“var liksom nok å bare være”*.

Oppsummert uttrykker dette subtemaet hvordan deltakerne opplevde en manglende kontakt med omgivelsene, ved at de ikke var i kontakt med det kroppslige.

3.1.4 Tidsforvrengning - å miste tidssansen

Alle deltakerne fortalte om opplevelser av å ha mistet begrep om tiden, eller å ha opplevd tiden i en annerledes forstand. Ettersom denne værenskvaliteten virket å være dominerende i utvalget, valgte vi å inkludere “Tidsforvrengning - å miste tidssansen” som et fjerde tema.

Dette er utdypet ved subtemaer som omhandler deltakernes opplevelser av at fortid blandes med nåtid, og at de ikke merker at tiden går.

Fortid blandes med nåtid

Et viktig aspekt ved deltakernes opplevelse av tilstedeværelse, til forskjell fra deres frakobling, syntes å være en følelse av kontakt med nåtiden: “Å være her og nå” (Tina). Gjennomgående for flere var imidlertid uttalelser om at minner fra fortiden kjentes levende i nåtiden. Dette virket å gjøre noe med deres opplevelse av lineær tid, evnen til tilstedeværelse i seg selv som voksen og i omverdenen slik den faktisk er. Flere snakket eksempelvis om å ha bardedeler inni seg, og tidvise opplevelser av å kjenne seg som barn. Katrine beskrev dette som “*sånne anfall... som gjør at jeg blir som et barn og...går tilbake i tid*”. For henne syntes opplevelsene å være så påtrengende at det ble vanskelig å holde seg til stede i nåtiden. Inger tenkte på sin side at tidsforvrengningen vanskeliggjorde utvikling og endring av hele seg:

“D: [...] et menneske vokser, et barn blir eldre, en tenåring blir voksen, et spedbarn blir barn og så videre... men disse delene på en måte ting som er låst i tid og rom. De vokser ikke.

I: De er fastlåst.

D: (Latter) De er fastlåst!

I: I traumetid, men.

D: De er fastlåst, og... det gjør det på en måte litt vanskelig? Å finne kompromiss.”

Felles blant uttalelsene var minner som fremdeles virket så levende, at skillelinjene til nåtiden ble visket ut i møte med fortidige erfaringer. Slik ble fortiden blandet inn i opplevelsen av nåtiden.

Merker ikke at tiden går

Flere av deltakerne beskrev opplevelser av at tiden gikk uten at de la merke til det, hvilket ikke kun syntes spesifikt for perioder med hukommelsestap. Her fant vi uttalelser som dreide seg om at tiden kunne “gå fort” (Sarah) eller stå “*virkelig stille*” (Inger), at “*timene blir som sekunder*” (Inger), eller at det ble merket “*etterpå at tiden har gått litt fra meg*” (Katrine). Sarah fortalte om hvordan dette påvirket hennes hverdag:

“D: (...) for det jeg synes liksom dagene går så fort, så... jeg føler ikke at jeg... rekker i nærheten av alt jeg skulle (latter). Og så, eh... ja. Jeg tror nok at jeg mister litt tid på... uten å

vite hva (latter).

I: At du mister tid? I hverdagen?

D: Mhm. Om det kanskje også gjør at jeg... føler at tiden går fort (latter)."

Inger gir på den andre siden uttrykk for å miste "tidssansen" ved at hun stadig rettet fokus mot det som var rett fremfor henne:

"Ehm... man kan jo både være til stede og ikke til stede samtidig. Jeg har forstått... jeg er kanskje til stede i presens indikativ. Men jeg er ikke noe god til å lagre ting i fortid, visst det, hm... det er den tiden jeg beveger meg i, det er nå mens jeg gjør ting. Og så er jeg kanskje ikke så god til å huske det... eller til å føle at jeg ser det med hele meg"

Fremtredende blant deltakerne var altså subjektive tidserfaringer som ikke tilsvarte objektiv tid, i så måte at tiden kunne gå fort eller forsvinne, og at de selv ikke merket at tiden gikk.

Til sammen under første metatema, "Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?", ser vi altså hvordan deltakerne både var preget av påtrengende kroppslige fornemmelser og fraværende kroppskontakt, samt forvrengte tidserfaringer. Videre vil vi se på hvordan deltakerne gir uttrykk for måter å håndtere sin livssituasjon.

3.2 Andre metatema: Hva jeg gjør med kroppen - måter å hente meg inn igjen

I forbindelse med at alle deltakerne snakket om utfordringer og ubehag knyttet til egen lidelse og situasjoner i hverdagen, beskrev også alle hvordan de vanligvis forholdt seg til disse; det de "gjør" for å forhindre eller bedre sine vansker. Dette er kjernen i andre metatema, "Hva jeg gjør med kroppen - måter å hente meg inn igjen". Her fant vi to overordnede strategier blant deltakerne, sortert etter de fenomenologiske kvalitetene "vike fra" og "søke til". Disse vil redegjøres i det følgende.

3.2.1 Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke

Det første temaet, "Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke", innbefatter ulike måter deltakerne håndterte sine vansker ved å ta avstand til dem - måter å fjerne seg fra det som var negativt, eller forsøk på å ta det bort. I intervjuene fremkom dette på to ulike måter; som en unngåelse av seg selv eller som en form for avveksling.

Unngåelse av meg selv

Unngåelse var noe alle deltakerne snakket om på sitt vis, gjerne i forbindelse med skremmende, ubehagelige eller overveldende tilstander som de ikke har orket å ta tak i eller “være” i. Unngåelsen har altså båret preg av at deltakerne har tatt avstand til det vanskelige som skjer i dem selv, derav temanavnet.

“... Det er akkurat som om du har et hus, og du rydder og du rekker ikke til (hvisker) du rekker ikke alt så... slenger du alt inn i et kott eller et annet rom, så er det plutselig fullt. Og så åpner du litt... og så tenker du ja, jeg rydder bare littegrann, men så kommer det ut masse. Eller en oversvømmelse og du tror det er tett, og jeg tenker visst jeg gir... jeg har ikke funnet... måter å jobbe med dette på... som sikrer at det indre ikke tar overhånd over det ytre.” (Inger)

Dessuten virket det som at flere av deltakerne har forsøkt å holde seg opptatt, i redsel for at det ubehagelige skulle ta overhånd. At de nettopp ønsket å gjøre noe for ikke å kjenne etter, og “holder på med ting hele tiden” (Sarah), tross at det kunne forverre smerter og kroppslige plager. Felles var også uttrykk for at de verken klarte å løsrive seg helt fra sine plager, eller se andre løsninger enn nettopp å holde det vanskelige på avstand.

Av deltakernes uttalelser fikk vi også et inntrykk av at unngåelsen både har vært umiddelbar og vedvarende, ved å være reaktiv og lite gjennomtenkt, samtidig som den stadig har preget deres livsførsel. Nærmest som at unnvikelsen bare hadde skjedd, uten at de hadde tatt et aktivt standpunkt til den. Det virket imidlertid som at de fleste likevel hadde en forståelse av at de nettopp lot det skje, og tanker om at denne typen håndtering ikke ville hjelpe dem på sikt. At unngåelse var noe negativt - noe de egentlig ikke burde gjøre. Lene sa i denne forbindelse at hun verken vil eller tør å føle noe: “Og det er det som er problemet. Det blir så... fastlåst. “

Tilhørende dette subtemaet fant vi beskrivelser av måter deltakerne unndro seg vonde og overveldende tilstander ved å holde seg opptatt eller rette fokus andre steder. Denne unngåelsen av dem selv ble praktisert til tross for at strategien verken virket vanntett eller lystbetont.

Avveksling

Subtemaet “Avveksling” representerer flere deltakeres uttalelser om at de har tatt pauser fra ubehagelige situasjoner eller følelser ved å oppsøke noe annet, fysisk fjerne seg fra

situasjonen eller skifte aktivitet. I likhet med unngåelse virket også disse håndteringsstrategiene å ha vært preget av en trang til å gjøre noe. Dette for å slippe å tenke eller kjenne etter, og dermed distrahere seg selv på en måte som fjernet det negative. For Lene hadde det for eksempel vært viktig med en regelmessig time-out:

“Men hvis jeg på en måte kan ta ti minutter på vaskerommet sånn innimellom, få litt ro og fred, altså, jeg kan godt gjøre noe, men jeg må ha den der roen. At det ikke bare blir sånn bombardering i hodet. Og da, da kan jeg på en måte gå tilbake igjen også fungere igjen.”

Til forskjell fra beskrivelsene av unngåelsesstrategier, syntes imidlertid ikke avvekslingen å være reaktiv i sin karakter, men heller et resultat av aktive valg som innebar måter å hente seg selv inn for å opprettholde en viss funksjon. Dette ettersom deltakerne i de aktuelle tilfellene ga inntrykk av å ha stilt med flere ressurser til å håndtere situasjonen de var i, slik Katrine for eksempel brukte musikk aktivt som hjelp til å finne ro:

“Ehm... jeg prøvde å på en måte ikke tenke så veldig mye på den grueheta. Men, eh... Da prøvde jeg å bruke litt musikk og få litt sånn avveksling...”

Altså virket avveksling til en viss grad å være konstruktivt for deltakerne, som et midlertidig oppholdsrom der de kunne søke ly for vanskelige følelser, tanker og situasjoner.

3.2.2 Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er

I tillegg til å håndtere sine vansker ved å fjerne seg fra dem, fant vi også at alle deltakerne oppsøkte situasjoner og tilstander som ga dem trygghet. Temaet “Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er”, innbefatter i hovedsak deltakeres beskrivelser av måter å oppnå gode erfaringer med å være den de er, i egen kropp. Her fremstår kroppen som kilde til noe godt - det gode har blitt oppsøkt via kroppslige erfaringer og kroppen har muliggjort det gode. Dette via bruk av sanser og aktive mestringsarenaer, som utdypes i det følgende.

Å bruke sansene

Subtemaet “Å bruke sansene” representerer deltakernes uttalelser om at de aktivt har valgt å fokusere på sanseintrykk som kan knytte dem til det som skjer i og rundt dem selv. Dette på måter som tillot dem å søke til noe som har gjort det trygt å være der de er, som en motsats til

andre plager. Denne funksjonen fremkom direkte under noen av intervjuene, hvor sansning ble brukt som hjelp for å hente deltakere tilbake etter vanskelige samtaletemaer:

“D: Nå greide jeg ikke registrere hva du spurte om.

I: Nei, det skjedde noe... jeg synes jeg så...

D: Jeg ble litt borte.

I: Ja.

D: Så jeg hørte bare ordene, men ikke noe sammenheng.

I: Er det noe du trenger? For å gjøre...

D: Jeg skal bare drikke litt te, jeg.” (Tina)

Å fokusere på sansning var noe alle deltakerne nevnte i en hjelpsom forstand, og flere utpekte dette som noe av det mest nyttige de fikk ut av kurset. Både hørsel, syn, berøring og smak fremkom som mulige fokuspunkter under intervjuene. For Tina virket berøringsøvelser fra kurset viktig for å gjenopprette og opprettholde kontakt med egen kropp. Hun sørget for å ha med seg en glidelås hver gang hun gikk ut, for at hun kunne fikle med denne når hun følte seg urolig. Tina følte ellers at grunningsteknikker hadde *“hjulpet mye for å skjønne at det... dette er min kropp.”*

En gjennomgående observasjon blant alle var at de syntes å ha en foretrukken sansemodalitet for å finne trygghet, ro og “forankring”. Noen foretrakk berøring, mens andre følte ro av å høre musikk eller å se seg rundt. På kurset fikk imidlertid også noen deltakere kjenne på typer sanseintrykk som virket mot sin hensikt, ved at de triggert heller enn betrygget. For Lene fungerte for eksempel kroppsfokusering svært dårlig, som relatert til en generell vaksomhet:

“Bare det... altså, jeg sitter stort sett alltid sånn, fordi at jeg, ved å legge tyngde på begge bena samtidig det..

I: Det er ikke en god idé for deg?

D: Nei.”

Bruk av sanser virket altså for alle deltakerne å være en virkningsfull måte å både forebygge og håndtere vansker knyttet til indre utrygghet og dissosiasjon, så fremt de fokuserte på deres foretrukne sansemodaliteter.

Mestringsarenaer

Dette temaet innbefatter beskrivelser av måter deltakerne har brukt kroppen som instrument for lystbetonte og vitaliserende aktiviteter. Noe de følte de fikk til og hadde indre motivasjon for å drive med. I utvalget var det hovedsakelig Inger og Tina som snakket om sine mestringsarenaer, og hvordan disse hadde vært betydningsfulle. For dem var det fysisk aktivitet og sport det gjaldt:

“I: Håndballen?”

D: Mhm.

I: Så herlig å ha en sånn arena, da.

D: Ja. Det har vært... min redning, egentlig. Det er min lidenskap.” (Tina)

I likhet med hvordan deltakerne klarte å få kontakt med kropp og omgivelser via sansene, synes også deres mestringsarenaer å være nyttig for å finne tilstedeværelse. Felles for de to deltakerne er også at de snakket om aktivitetene som samlende; et sted hvor de kunne være *“hele seg”* (Tina), der alle delene *“kan forenes”* (Inger), eller at *“da slapper jeg av og bare er meg”* (Tina). Fremtredende var at begge deltakerne virket å ha et bevisst forhold til at disse aktivitetene kunne være en motsats til den sedvanlige tilstanden av å sveve, eller være på siden av seg selv og verden. I så måte virket det som at deres mestringsarenaer tillot dem å slippe det vonde, samtidig som det ga dem noe godt, meningsfullt og samlende.

Oppsummert kan vi si at andre metatema, *“Hva jeg gjør med kroppen - måter å hente meg inn igjen”*, omhandler måter deltakerne brukte kroppen for å navigere sin tilværelse, i forsøk på å hjelpe seg selv. Dette ved å ta avstand til sine plager, eller oppsøke noe godt og trygt.

4 Diskusjon

Formålet med den aktuelle studien var å undersøke hvordan kroppslige opplevelser kan påvirke livsutfoldelse hos personer med dissosiative lidelser, og på hvilke måter dette uttrykkes. Analysen ble gjennomført i henhold til stegene i fortolkende fenomenologisk analyse og tematisk analyse. Denne utledet to metatemaer, som indikerer at kroppen har betydning for hvordan deltakerne erfarer sin dissosiative lidelse (Første metatema: “Hvordan kroppen virker på meg - hvor kan jeg finne den tryggheten hen?”), samt hvordan de navigerer tilværelsen (Andre metatema: “Hva jeg gjør med kroppen - måter å hente meg inn igjen”). Funnene er overlappende med forskningslitteratur som antyder hvordan kroppen affiseres ved traumeerfaringer og kan komme til uttrykk i form av somatoforme symptomer (Kirkengen & Næss, 2015; Ogden & Fisher, 2015; van der Hart et al., 2001; van der Kolk, 2014). De virker imidlertid også å tilføre ny forståelse av hvordan kroppslige fenomener oppleves fra innsiden, på måter som synes avgjørende for hvordan denne gruppen erfarer og forholder seg til egen lidelse. I det følgende vil vi diskutere resultatene ved å trekke linjer til eksisterende litteratur, mer spesifikt sett opp mot kroppens tvetydighet, kropp og tid, kroppen som mulighetsleverandør, og et skille mellom konstruktiv og destruktiv håndtering. Videre vil vi utforske hvilke muligheter og begrensninger, samt forskningsmessige og kliniske implikasjoner resultatene innebærer.

4.1 Kroppens tvetydighet - et erfaringsmedium

I den aktuelle studien fant vi at alle deltakerne hadde vansker med “Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå”, hvilket er gjenkjennelig fra eksisterende litteratur om traumelidelser generelt, og dissosiative lidelser spesielt (Nijenhuis, 2001; Ogden et al., 2006; Shäflein et al., 2018). Vi finner også støtte i litteraturen for at kroppsplager hos personer med dissosiativ lidelse kan være vanskelige å forstå fordi kroppsfornemmelser uteblir fra deres fragmenterte narrativ (Ogden et al., 2006; Ogden & Fisher, 2015). Her er det rimelig å tenke at redusert eller manglende tilgang til “den levende kroppen” - kroppen som subjekt - gir fordel til måter å forholde seg til kroppen på som et objekt (Merleau-Ponty, 1945/1994); det å *ha* en kropp, fremfor også å *være* en kropp. Med utgangspunkt i de aktuelle funnene vil vi videre drøfte hvordan en slik kroppslig tvetydighet kan bli usynlig dersom den oppleves vanskelig å forstå.

Vår forståelse av traumer og dissosiasjon er i stor grad preget av teori og forskning knyttet til instinktive forsvarssystemer, i betydningen reaktive mekanismer vi ikke har bevisst tilgang til (Rothschild, 2004). For traumeutsatte vil derfor ikke forsvarsakten, eller gjenkallingen av denne erfares som viljestyrt (Holmes, 2005; Ogden et al., 2006). Opplevelser av manglende kontroll eller maktesløshet synes dermed som en naturlig følge, ettersom narrativet skilles fra kroppens væremåte (Ogden & Fisher, 2015). Som om kroppen lever et annet liv enn personen den tilhører; noe som kan forstås i tråd med subtemaet “Kroppen spiller ikke på lag”. Således er det også rimelig å tenke at deltakernes opplevelser av at kroppen ikke fungerte som den skulle - for eksempel ved stadig å være smertefull - ga dem et behov for å forstå den som en ting i seg selv, et objekt, adskilt fra selverfaringen (Heidegger, 1927/1962, i Tollefsen, 2009). Med dette fremsto kanskje kroppen som *noe annet* og separat fra værensopplevelsen.

Interessant i denne sammenheng er deltakernes uttalelser om frakobling, som i subtemaene “Manglende kontakt med selv” og “Manglende kontakt med omgivelser”. Det synes her som om deltakerne manglet kroppsbevissthet, i den forstand at de ikke hadde tilgang på presis subjektiv bevissthet om fornemmelser som kom innenfra og fra utenfor kroppen (Rothschild, 2004). Dette gir mening dersom vi forstår kroppen som et vesentlig bindeledd, ved å utgjøre et erfaringsmedium som gir mulighet til å oppfatte omverdenen, via “eksterosepsjon” (Merleau-Ponty, 1994; Rothschild, 2004), og samtidig oppdage vesentlige behov i en selv, ved “interosepsjon” (Craig, 2003). Mangelfull kroppsbevissthet kan dermed tenkes å bidra til fremmedgjøring overfor selv og omgivelsene, hvilket kan relateres til depersonalisering og derealisering (Holmes et al., 2005). Dette kan hjelpe oss å forstå hvordan frakoblingen kunne hindre deltakerne i å oppdage eller gjenkjenne kroppslige signaler. Kroppen virket altså ikke å være integrert i deltakernes selvforståelse, eller fungere som et bosted og utgangspunkt for væren.

En frakobling fra kroppen kan imidlertid også forstås som adaptiv dersom kroppsfornemmelser blir for overveldende, slik noen av deltakerne i vårt utvalg ga uttrykk for. Dette kan knyttes til det funksjonelle ved dissosiasjon for øvrig, hvilket er frakoblingen av følelser, erfaringer og kroppslige minner som ikke har vært til å tåle (Anstorp & Benum, 2014; van der Hart et al., 2006).

Flere av deltakerne undret seg om “Ting setter seg i kroppen”, i den forstand at kroppen var bærer av stress, traumer eller andre psykiske plager. Dette kan tenkes å henge sammen med somatoform dissosiasjon (Nijenhuis, 2001), samt redusert evne til å mentalisere kroppslige

erfaringer (Fonagy, 2006). Interessant er det imidlertid at deltakerne syntes å formulere sammenhengen mellom kroppsplager og deres psykiske tilstand som et spørsmål. Som om det var vanskelig å ha sikker kunnskap om, fordi kroppen ikke kunne tale for seg selv. Kanskje nettopp som en kløft mellom “word”- og “world knowledge” (Stern, 1985). Slik kan vi også tenke at tradisjonelle metoder for undersøkelse av kropp og sinn, som vanligvis er medisinske og språklige, ikke er tilstrekkelige for å se etter sammenhengen mellom psyke og soma. Dermed vil kanskje en fremmedgjøring eller objektivisering av kroppen hos personer med somatoforme symptomer eller dissosiasjon nettopp forsterkes, fordi de ikke får hjelp til å koble deres kroppslige og psykiske plager; kroppens tvetydighet forblir usynlig.

Den menneskelige kroppen har en iboende tvetydighet, ved at den fungerer både som et medium for erfaring av verden, i tillegg til noe som kan erfares. Den er både noe vi er, og noe vi gjør, som et dynamisk felt for meningsfulle erfaringer (Baron, 1985). For deltakerne i studien virket kroppen å ha mistet sin tvetydighet, og dermed fremstå som noe fremmed; et objekt de var uløselig forbundet til og avhengig av, men som ikke riktig kunne forstås. Det så videre ut til at dette hadde betydning for hvordan de ga mening til egne plager, og følgende deres muligheter til å håndtere disse.

4.2 Kropp og tid

Uttalelser om uvanlige tidserfaringer blant deltakerne under temaet “Tidsforvrengning - å miste tidssansen”, samsvarer med tidligere funn som angår personer med dissosiative lidelser. Både i forstand av å leve i fortiden, som i subtemaet “Fortid blandes med nåtid” (Nijenhuis et al., 2010) og opplevelser av å “miste tid”, sett i sammenheng med subtemaet “Merker ikke at tiden går” (Allen et al., 1999). Amnesi eller hukommelsestap er ellers regnet som et kjernetrekk ved lidelsen (American Psychological Association, 2013), gjerne forklart i lys av den strukturelle dissosiasjonsmodellen, som postulerer at minner lagres i utilgjengelige, dissosierte deler (van der Hart et al., 2004). Dette gjelder særlig traumerelaterte minner, som ikke er bevisst tilgjengelige for ANP (ibid.). I det følgende vil vi drøfte resultatene i lys av teori om kroppens betydning for tidserfaring og hukommelse.

4.2.1 Kroppslig temporalitet

Forståelsen av kroppen som bindeledd til nåtid kan bidra til å belyse deltakernes opplevelser relatert til temaet “Tidsforvrengning - å miste tidssansen”. Dette ved å se til måter tidserfaring kan manifesteres kroppslig, i form av rytmiske mikroprosesser, kroppslige drifter, aldring og implisitte minner (Fuchs, 2020). Her vil vi diskutere hvordan kontakt med kroppen kan være avgjørende for tidserfaringen, som en “kroppsliggjort temporalitet” (Fuchs, 2020) eller forankring til det som er nå.

Erfaringen og persepsjonen av kroppslige mikroprosesser og drifter - innpust og utpust, sult og tørste - driver oss mot en fremtid; det som “ikke ennå er”. Evne til interosepsjon kan dermed tenkes å være av vesentlig betydning for en slags prerefleksiv tidsopplevelse. Dette støttes av deltakernes uttalelser om å mangle kontakt med basale behov som sult og hvile i forbindelse med subtemaet “Manglende kontakt med selv”, og funn som indikerer manglende interoseptiv evne hos personer med dissosiative lidelser for øvrig (Shäflein et al., 2018).

På et annet nivå kan vi argumentere for at det kroppslige selvet også underligger vår autobiografiske tidsopplevelse, ved stadig å gjennomgå aldring og endring gjennom hele livsløpet (Fuchs, 2020). Dette er en interessant betraktning i forbindelse med at flere av deltakerne omtalte opplevelser av å komme i kontakt med “barnedeler”, som ikke vokste i takt med deres voksne selv. Som at barnet i dem tok over, og dermed brøt forbindelsen med tiden de levde i, sett ved subtemaet “Fortid blandes med nåtid”.

Subtemaet “Merker ikke at tiden går” kan på en annen side tenkes å henge sammen med generelle innkodingsproblemer, da i forbindelse med frakobling og manglende tilstedeværelse i øyeblikket (Allen et al., 1999; Holmes et al., 2005). Muligens kan vi tenke at manglende kroppskontakt, herunder evnen til å registrere sanseintrykk, forstyrrer evnen til å huske de aktuelle hendelsene. Dermed kan vi trekke linjer til subtemaet “Manglende kontakt med omgivelser”. Dette ettersom alle erfaringer, og derfor også all hukommelse, begynner med sanseintrykk (Rothschild, 2004); “Det er via sanserne, at virkeligheten tager form” (s. 57).

Overordnet kan temaet “Tidsforvrengning - å miste tidssansen” underbygger en påstand om at vårt kroppsliv og følelsesliv er interrelaterte. Dette ved at vår tidspersepsjon er knyttet til kroppslighet, som en funksjon av fysiologiske tilstander og emosjoner knyttet opp mot disse (Herbert og Pollatos, 2012). I denne forbindelse hevder Craig (2009) at fremtredende hendelser av stor betydning for ens overlevelse kan fylle minnebanken på en slik måte at

hendelsen utvides i opplevd tid, og at objektiv tid følgende vil erfares som om den står stille. Altså synes kroppen å kunne spille en sentral rolle for deltakernes tidsoppfatning.

4.2.2 Kroppsminner

Resultatene fra analysen viser tydelig hvordan kroppen er sentral for å forstå deltakernes erfaringer med å leve med sin lidelse, både ved å være noe som trer frem (“På vakt - aldri helt trygg”), og som noe som gjemmes bort (“Frakobling - å miste kontakt med kroppen”). Her kan vi tenke at deres kroppslige responser representerer viktige tilpasninger av ulik karakter, som former for overaktivering og underaktivering (Siegel, 1999). Dette kan gi mening i lys av eksisterende kunnskap om implisitt hukommelse, som vi videre vil se nærmere på.

Kroppen inkorporerer stadig erfaringer, og omformer disse til tillærte evner og disposisjoner (Fuchs, 2020). På denne måten kan individet bruke tidligere erfaringer for å predikere hva som kommer og slik beregne beste mulige respons (Llinas, 2002). Disse erfaringene har imidlertid ikke sin kronologiske plassering i tid. Vi kan med andre ord si at de huskes via gjenopplevelse, heller enn gjenerindring (van der Kolk, 2014). Kroppsminner kan altså være svært kraftfulle, fordi situasjonen eller hendelsen som skapte dem ofte er glemt (Ogden & Fischer, 2015). En endret tidsopplevelse slik vi fant ved subtemaet “Fortid blandes med nåtid” kan gi mening i denne sammenheng. Det er også funnet hos personer med PTSD, at hippocampus hemmes under den traumatiske hendelsen, og dermed går utover evnen til å plassere hendelsen i tid og rom, med en begynnelse og en slutt (Nadel & Jacobs, 1998; van der Kolk, 1994). I den forbindelse lagres ikke minnene som faktiske hendelser i fortiden, men som fragmenterte deler utenfor tid og sted.

Slik kan vi kanskje forstå traumer også som en slags kroppsliggjort værensstil; utenfor tid, utenfor bevissthet, og uten språk (Merleau-Ponty, 1945/1994), men likevel en bakgrunn som gir figur til ens erfaringer. Kanskje nettopp som en “Ømfintlighet” eller “Indre utrygghet” som kan være vanskelig å skjønne, eller opplevelser av å “miste tidssansen” i hverdagen. Kroppsminnens evne til å aktivere tidligere reaksjonsmønstre og sterke kroppslige responser, kan med andre ord medføre opplevelser av manglende kontroll eller sammenheng (Fuchs, 2020). Forsøk på å reformulere en erfaringsbakgrunn ved nye værenserfaringer kan imidlertid gi nåtiden figur; slik den aktuelle studien viser hvordan det kan være avgjørende å gjenopprette kontakten med kropp og sanser for å skape forbindelse med det som skjer i øyeblikket, heller enn fortiden.

Oppsummert kan det virke som om fravær av kontakt med kroppen har bidratt til endret tidsperspeksjon hos deltakerne. Dette kan tenkes å relatere til manglende følelse av underliggende rytmer som driver tiden fremover og barkedeler som motstår endring og utvikling. Gitt kunnskap om kroppsminner, kan funnene også tyde på at fortidige hendelser har gitt utspring til en vedvarende kroppsliggjort værensstil. Ved at tidligere hendelser aktualiseres gjennom kroppsminner, kan det kjennes som om fortiden blandes med nåtiden. Kroppen kan på den måte forstås som en forankring til tid og rom; det som plasserer oss i det som skjer her og nå.

4.3 En kontrollert tilstedeværelse - kroppen som mulighetsleverandør

Noe av paradokset i den aktuelle studien er at kroppen så ut til å drive gjenopplevelsen av det fortidige, samtidig som den kunne være avgjørende for å gjenopprette kontakt med nåtiden (Ogden et al., 2006). I så måte var kroppen en kilde til det vonde; det som ikke spilte på lag og som måtte unngås, og en kilde til det gode; det som lindret og trygget. Den representerte både begrensninger og muligheter for deltakerne. Mulighetene syntes imidlertid ikke åpenbare i seg selv, slik kroppens språk heller ikke er åpenbart. Følgende vil vi diskutere hvordan kroppen, i kraft av å være en mulighetsleverandør, ser ut til å fremme opplevelser av fastlåsthet så vel som fleksibilitet hos deltakerne.

4.3.1 Bundet og ubevegelig

Gjennomgående i det første metatemaet “Hvordan kroppen virker på meg - hvor skal jeg finne den tryggheten hen?”, fant vi uttalelser som kan tyde på at deltakerne var prisgitt sine responser, hvilket kom til uttrykk i temaene “Diffuse kroppslige plager som er vanskelige å forstå”, “På vakt - aldri helt trygg” og “Frakobling - å miste kontakt med kroppen”. Alternative responser eller håndteringer virket nærmest usynlige eller utilgjengelige, som om deltakernes erfaringer innebar følelser av ufrihet eller bundethet til visse værensmodi. Dette gir mening i lys av kunnskap og teori om dissosiasjon, som forklarer fenomenet som utilgjengelig for viljestyrt kontroll (Holmes et al., 2005; Kihlstrom, 1992), forstått som en instinktiv mekanisme (Nijenhuis, 2001).

Opplevelse av fastlåsthet og ufrihet kan gi mening dersom vi anser kroppen som en mulighetsleverandør, ved å gi kapasiteter, disposisjoner, begrensninger og drifter som i stor grad styrer hva vi *kan* (Fuchs, 2020, Merleau-Ponty, 1994). I denne forstand representerer den en slags taus viten om hvordan en samhandler med seg selv og sine omgivelser. Den synliggjør værensmuligheter. Dette så vi blant annet under subtemaet “Manglende kontakt med selv”, der noen deltakere ga uttrykk for å glemme å handle på primære behov, som sult. Uten tilgang til sult som en kroppslig fornemmelse, vil ikke muligheten for å spise bli like åpenbar.

Videre kan vi tenke oss at dissosiative lidelser generelt vil medføre en begrensning i handlingsalternativer grunnet erfaringer av å være låst til visse handlingsmønstre (Ogden & Fisher, 2015; van der Hart et al., 2006). Dette kan blant annet relateres til temaet “Frakobling - å miste kontakt med kroppen”, ettersom deltakerne beskrev dette som en tilstand som bare skjedde, uten viljestyrt kontroll. Tross at en slik reaksjon omtales som et forsvar mot det vonde (Anstorp & Benum, 2014), var erfaringen for deltakerne mer lik noe som “virket på dem”, heller enn noe de gjorde. Det samme gjaldt temaet “På vakt - aldri helt trygt” og subtemaet “Unngåelse av meg selv” - de ga uttrykk for å være fastlåste til den reaktive responsen.

At deltakernes erfaringer virket fastlåste gir mening dersom vi forstår dem som instinktive forsvarsreaksjoner, som med nødvendighet må ha opptrådt raskt og automatisk (Anstorp & Benum, 2014). Slike forsvarsreaksjoner synes dessuten å være svært mottakelige for betingning (Nijenhuis et al., 2010), noe som gjør at ny stimuli kan assosieres med fare og oppleves triggende. Ogden og kolleger (2006) mener at mange som har opplevd traumer lider av et dysregulert nervesystem nettopp fordi alarmsystemene er rigide, som en hypervigilans rettet mot potensielle trusler. Dermed kan de ha vansker med å ta inn eller integrere ny informasjon som indikerer at faren er over. Porges (2011) kaller dette for “faulty neuroception”, der personen er ute av stand til å korrekt vurdere sine omgivelser som trygge eller ei. Dette kan bidra til å gi mening til subtemaet “Indre utrygghet”. I lys av studier på traumeproblematikk kan vi også anta en sammenheng mellom vaktksomhet (“På vakt - aldri helt trygg”) og manglende kroppskontakt (“Frakobling - å miste kontakt med kroppen”), ved at sensitivitet overfor faremomenter og utrygghetsopplevelser snevrer inn oppmerksomhetsfeltet slik at det er vanskelig å oppfatte det som skjer rundt (Rothschild, 2004).

Ettersom deltakerne ga uttrykk for at de opplevde å være prisgitte sine kroppslige automatiske responser, virket også deres muligheter for handling begrenset. Både erfaringer i form av vaksomhet og frakobling fremsto omtrent som tvungne værensmodi, som om de ikke øynet muligheter for å overskride disse. Altså kan vi tenke at deres manglende kontakt med kroppen som erfaringsmedium - “den levde kroppen”- bidrar til at kroppen heller ikke fremstår som en mulighetsleverandør som synliggjør endringspotensiale.

4.3.2 Aktiv og fleksibel

Alle deltakerne har deltatt på et stabiliseringskurs med formål å tilby forståelsesmodeller for hvordan det er å leve med en dissosiativ lidelse, samt praktiske øvelser for å håndtere typiske symptomer ved lidelsen. Således har de fått informasjon med potensiale for å synliggjøre andre væremåter, hvilket i sin tur fremhever muligheten for å ta egne valg, fremfor å være “styrt” av sine symptomer. Dette så vi tegn til i forbindelse med subtemaet “Å bruke sansene”, hvor deltakerne hadde fått begrep om- og erfaring med å bruke egen kropp for å hjelpe seg selv. Ettersom oppøving av kroppsbevissthet har til hensikt å gjøre ubevisste reaksjoner bevisste (Rothschild, 2004), kan vi tenke at et slikt fokus på sanseerfaringer representerte måter å ta kontrollen over egne reaksjoner. Et kontrollelement synes også å være til stede i forbindelse med subtemaet “Mestringsarenaer”, der noen deltakere ga uttrykk for at de kunne oppsøke trygghet og mestring via aktivitet.

Under subtemaet “Indre utrygghet” så vi at flere deltakere virket å mangle språk for det de opplevde. At de opplevde denne følelsen som ukontrollerbar kan vi kanskje forstå i forbindelse med at den nettopp var udefinerbar. Flere forskere ser nemlig ut til å trekke frem språk som en viktig bidragsyter i opparbeidelsen av kroppsbevissthet og mentaliseringsevne (Fonagy, 2006; Mace, 2008; Ogden & Fisher, 2015; Ogden et al., 2005). Dette ettersom en kan lære å beskrive opplevelser uten å identifisere seg med dem, og således beholde en forbindelse til nåtiden (Ogden & Fisher, 2015). Slik kan en opparbeide erfaring med å åpne døra til kottet litt på gløtt, uten å risikere oversvømmelse.

Ved å avdekke alternative handlingsmåter åpnes muligheten for å ta aktive valg, og dermed styrke autonomi. På den måten gis en mulighet for å skape sitt eget liv. Slik kan tilværelsen gå fra å være noe som er ukontrollert og farlig til noe som er kontrollerbart og håndterbart. I den aktuelle studien fremkom det at deltakerne brukte kroppen som et instrument for å holde seg nærværende. Slik virket det også som at de kunne ta styring over egne reaksjoner, fremfor å

forbli fastlåst til dem. Dette vitner om hvordan kroppen kan spille en viktig rolle i hverdagen til de som strever med dissosiative lidelser, ved å gjøre det ukontrollerbare mer kontrollerbart.

4.4 Konstruktiv og destruktiv håndtering

I den aktuelle studien fant vi at deltakerne hadde ulike måter å håndtere sine plager. Her skilte vi primært mellom to tilnærminger basert på deres fenomenologiske kvaliteter, nærmere bestemt handlinger som innebar å “vike fra” det som var vanskelig, kontra aktiviteter som omhandlet å “søke til” noe som var godt. Tross at deltakerne i begge tilfeller oppsøkte noe annet enn det som var vanskelig, skilte de to temaene seg fra hverandre nettopp fordi deltakerne i det sistnevnte tilfellet søkte til teknikker eller aktiviteter som ga dem noe positivt, fremfor å fjerne noe negativt.

En interessant diskusjon i denne sammenheng er nytteverdien av de ulike strategiene. Det synes nemlig ikke å være tilfellet at “Vike fra - det er bedre å holde på med noe enn å tenke” og “Søke til - å finne noe som gjør det trygt å være der jeg er”, representerte utelukkende destruktive eller konstruktive håndteringsstrategier. Eksempelvis virket deltakernes erfaringer med “Avveksling” å ha bidratt til å opprettholde hverdagsfungering ved å gi nødvendig avstand til det vanskelige, som en måte å ikke bli overveldet. Vi kan kanskje forstå det som at deltakerne på denne måten holdt seg innenfor toleransevinduet og opparbeidet seg erfaring med å mestre potensielt triggende situasjoner. Dette i motsetning til en mer reaktiv form for unngåelse, jamfør subtemaet “Unngåelse av meg selv”, som deltakerne i større grad omtalte som destruktiv, i den forstand at de følte seg fastlåste. Forskjellen mellom avveksling og unngåelse i den aktuelle studien synes for øvrig å samsvare med et skille som er gjort mellom distraksjon og unngåelse i litteraturen. Førstnevnte er funnet å være relatert til flere positive utfallskriterier, deriblant subjektiv velvære (Waugh, Shing & Furr, 2020). Distraksjon er ellers anbefalt som en måte å håndtere overaktivering (Boon et al., 2011).

Noen vil også argumentere for at fritidsaktiviteter kan være en positiv form for distraksjon (Connor-Smith et al., 2000), hvilket i vårt tilfelle støttes av subtemaet “Mestringsarenaer”. Deltakerne som brukte slike fysiske aktiviteter, omtalte disse som positive opplevelser av tilstedeværelse i egen kropp, med hele seg. Samtidig kan vi stille spørsmål ved hvorvidt dette bør anses som utelukkende positive mestringsstrategier, ettersom det er tenkelig at slike aktiviteter også kan fungere som former for unngåelse. Således bør intensjon anses som

avgjørende for hvorvidt aktiviteten er en konstruktiv måte å håndtere plager (Tsaur & Tang, 2012). I tillegg kan det tenkes at personer med dissosiative lidelser er ekstra utsatt for å holde et for høyt aktivitetsnivå grunnet redusert kontakt med kroppens signalfunksjon, deriblant tretthetsresponser (Boon et al., 2011). Det kan betraktes opp mot deltakernes manglende kontakt med kroppslige signaler, i forbindelse med subtemaet “Manglende kontakt med selv”. Vi så også hvordan noen av deltakerne var preget av en trang til å *gjøre* noe i møte med vanskelige tanker; at det var “bedre å holde på med noe enn å tenke”.

Bruk av sanser var noe alle deltakerne omtalte i positiv forstand, men da i form av egne strategier de selv hadde funnet at kunne hjelpe dem. Særlig fremtredende var det at deltakerne hadde en foretrukket sansemodalitet som virket å ha en mer samlende funksjon. Ikke alle sanseinntrykk hadde samme effekt, og noen virket mot sin hensikt ved å trigge heller enn å berolige. Dette sett i sammenheng med deres generelle vaksomhet. Altså virket bruk av sanser i stor grad å være avhengig av tilpasning til den enkelte for at det skulle være en hjelpsom håndteringsstrategi. Dermed kan vi si at situasjons- og person-spesifikke faktorer virker avgjørende for å vurdere hvorvidt ulike håndteringsstrategier kan regnes som konstruktive eller destruktive.

4.5 Studiens muligheter og begrensninger

I det følgende vil vi diskutere metodologiske styrker og begrensninger ved den aktuelle studien, knyttet til funnenes gyldighet, troverdighet og generaliserbarhet. Dette i forbindelse med betraktninger som angår språkbarrierer, egenskaper ved utvalget, studiedesign, egen refleksivitet og resultatenes representativitet.

I arbeidet med denne studien har vi hele tiden vært bundet til det språklige, hvilket både gjelder datamaterialet og tolkningen av dette. Vi har i stor grad har forholdt oss til kroppsfenomenologi som et rammeverk for oppgaven, hvilket bør regnes som en betydelig metodisk begrensning, ettersom det kroppslige i sin essens er *uten* språk. Det lar seg ikke direkte oversette med ord, eller forklares alene via refleksiv analyse (Merleau-Ponty, 1945/1994). Selv med bruk av observasjon som metode ville imidlertid språket fortsatt ha vært vår eneste mulighet til å gi mening til kroppslige erfaringer, ettersom språket er å regne for selve fundamentet for vår meningskonstruksjon (Wittgenstein, 1953/1997). Altså kan vi si at språket er nødvendig, men aldri tilstrekkelig for å gi mening til det kroppslige. Fra våre

funn å dømme, er også “språkbarrieren” til stede hos deltakerne i studien, som synes å ha vansker med å ordlegge sine erfaringer. Beskrivelsene er gjennomgående diffuse: en uro, utrygghet eller frykt. Som om kroppen “vet” noe de ikke har tilgang til, for øvrig i tråd med strukturell dissosiasjonsmodell, som postulerer at emosjonelle, overveldende deler ved personligheten er avspaltet og derfor helt eller delvis utilgjengelige (Van der Hart, 2004).

En annen begrensning ved valg av tilnærming gjelder deltakernes erfaring med å ha vært på stabiliseringskurs, der de har blitt eksponert for en spesifikk sjargong. Dette kan tenkelig ha påvirket deres måte å forholde seg til og snakke om plagene sine, og derfor virke inn på det ellers spontane eller umiddelbare uttrykket en fenomenologisk tilnærming søker å fange (Smith et al., 2009). Dermed hadde det vært interessant å se hvilken funksjon kurset har hatt, særlig ettersom alle deltakerne i utvalget nevnte bruk av sanser som noe positivt de fikk ut av kurset. Spørsmålet da er hvorvidt det å få begrep om hvordan de kan bruke kroppen for å hjelpe seg selv, har gitt nye måter å forholde seg til sin lidelse. Dette kunne eksempelvis vært undersøkt ved å analysere intervjuer før og etter deltakelse på kurs.

Tross overnevnte betraktninger har vi dog sett potensiale i vårt valg av fokus, fordi vi retter søkelyset mot noe som i stor grad kan gå usett. Dette ettersom kroppen lett kan falle mellom to stoler, enten ved å være øyet som ser, eller apparatet som måles. Slik kan den henholdsvis unndra seg objektiv utforskning, eller miste sin iboende værenskvalitet. At vi har utforsket et mindre synlig aspekt ved dissosiative lidelser, kan dermed regnes som en styrke ved den aktuelle studien.

En annen bemerkning som kan styrke troverdigheten ved funnene, gjelder vår manglende involvering i intervju-utforming og gjennomføring. Vi har verken kunnet tilpasse studiedesignet til forskningsspørsmålet, eller hatt mulighet til å påvirke retningen på materialet underveis i intervjuene. At det likevel har fremkommet informasjon av relevans for formålet med studien, kan regnes som et argument for funnenes gyldighet.

Gjennomgående har vi forsøkt å sikre validitet ved å etterstrebe refleksivitet og transparens i fremgangsmåte (se Validitet 2.3), særlig med tanke på at vår lesning av materialet kan ha blitt påvirket av en definert kunnskapsinteresse ved oppstart. Generaliserbarhet har derimot ikke vært et veiledende prinsipp, ettersom vårt formål ikke har vært å produsere funn som er representative, men heller bidra til å utvikle troverdige begreper som kan drøftes i forhold til annen kunnskap og etablert teori (Stiles, 1993). Ettersom funnene primært er knyttet til

personer med dissosiative lidelser som har deltatt på stabiliseringskurs, må de drøftes i henhold til teori om dissosiasjon generelt.

4.6 Forskningsmessige implikasjoner

Resultatene bringer flere implikasjoner for videre forskning på dissosiative lidelser som klinisk fenomen og behandlingen av disse. Implikasjonene vil drøftes i det følgende.

Den aktuelle studien understreker hvordan kroppen kan være en viktig innfallsvinkel for å forstå både plagsomme og hjelpsomme erfaringer tilhørende personer med dissosiative lidelser. Slik peker den også på potensiale for videre forskning som tar i bruk metoder som ikke begrenses av et rent språklig materiale. Dette for å gi en bedre forståelse av hvordan det er å leve med lidelsen, og hva som kan være av nytte for behandling.

Basert på overnevnte begrensninger er det også rimelig å anta at mye informasjon kan gå tapt ved selvrapporing, ettersom gruppen kan mangle språk om det de erfarer. Dette kan også bety at ensidig bruk av diverse skjemaer vil være utilstrekkelige for å vurdere endring. Eksempelvis vil tilgang til sanser, som flere deltakere trekker frem som et verdifullt utbytte av kurset, ikke nødvendigvis være utslagsgivende i form av redusert symptomtrykk, men kanskje heller for hvordan de *forholder seg til* symptomene. En interessant studie som kan gi støtte for denne hypotesen, er en av Bækkelund et al. (2021), som har undersøkt effekten av stabiliseringskurs for personer med dissosiativ lidelse. Her ble det funnet lite endring i selvrapporing av dissosiative symptomer som målt ved DES og SDQ-20, men betydelig bedring i psykososial fungering (GAF - Global assessment of function) etter behandling, tilsvarende middels til store effektstørrelser. Dette gir grunn til å vurdere hvorvidt spørsmål og påstander i form av verbaliserte, predefinerte kategorier vil være tilstrekkelige for å fange nyanser og endringer i måter disse pasientene *lever med* sine plager. Et slikt utfallsmål kan undervurderes dersom all vekt legges på symptomtrykk alene.

Det er også verdt å vurdere optimalt måletidspunkt for utfallsmål. Bækkelund et al. (2021) fant at effektene av gruppebehandlingen var større i oppfølgingsperioden, og at også kontrollgruppen hadde forbedring i selvrapporinger etter å ha gjennomgått gruppebehandling. De foreslo i denne sammenheng at effekten av å delta i et gruppebehandlingsprogram først viste seg etter at deltakerne klarte å ta i bruk de nylig tilegnede ferdighetene og forståelsen i dagliglivet. I sammenheng med dette påpeker Fisher

(2017) bør traumebehandling adressere effektene av traumer, og hvilke følger de får for hverdagen. Videre vil det være interessant å undersøke hvorvidt et forberedende stabiliseringskurs kan øke effekten av senere traumefokusert behandling (Cloitre, 2011).

Oppsummert kan vi si at videre forskning bør undersøke hvilke utfallsmål som bør brukes som indikasjon på effektiv behandling, utover måling av symptomreduksjon. Dette sett i sammenheng med hva personer med dissosiative lidelser selv anser som verdifulle utfall. Det bør også vurderes når og hvordan endring skal måles, særlig med tanke på at det kan foreligge informasjon som er vanskelig å formidle verbalt ved selvrapporing, og at utbyttet fra behandling kan ta tid å omsette til dagliglivet. Overordnet trengs flere studier av både kvalitativt og kvantitativt design for å øke kunnskapsgrunnlaget som angår hvordan vi kan forstå og behandle dissosiative lidelser. Som antydnet ved den aktuelle studien, bør disse også ta i bruk metoder som ikke begrenses av et rent språklig materiale.

4.7 Klinisk relevans

Resultatene fra den aktuelle studien og diskusjonen de utleder medbringer flere betraktninger som kan være av betydning for klinisk praksis. Overordnet antyder resultatene at det foreligger et behov for mer kunnskap om intervensjoner og tilnærminger som fokuserer på direkte arbeid med kroppen, og som kan forsterke subjektiv forbindelse til kroppslige erfaringer. Dette vil drøftes i det følgende.

4.7.1 Arbeid med kroppsminner

Våre funn antyder at kroppsminner kan være vanskelige å uttrykke via språk, men samtidig ha en sterk innvirkning på livsutfoldelse. Dermed er det nærliggende å tenke at en behandling som utelukker kroppen vil ha begrenset klinisk rekkevidde i arbeid med dissosiasjon og traumeproblematikk. I tradisjonell terapisammenheng har det imidlertid vært mer vanlig å jobbe med narrativ hukommelse enn implisitt hukommelse (Ogden & Fisher, 2015). Funnene peker dermed på et viktig terapeutisk potensial, ettersom det er grunn til å anta at det “somatiske narrative” kan gi tilgang til informasjon som ikke kommer til uttrykk gjennom språket, og at innsikt alene ikke nødvendigvis vil skape endring (Ogden et al., 2006).

Forståelsen av at det kroppslige både kan oppleves som noe som må unngås og noe som lindrer, peker dessuten på viktigheten av å kartlegge kroppslige triggere og hvordan disse

kommer til uttrykk i nåtiden. Slik kan disse etter hvert korrigeres for at den det gjelder kan oppnå en mer kontrollert tilstedeværelse i livet. Ettersom gode erfaringer også lagres implisitt, kan kroppsminner være en ressurs i behandling (Rothschild, 2004). “Kroppen som erfaringsmedium” utgjør et nøkkelkonsept her, ved å utfylle betydningen av korrigerende erfaring som endringsmekanisme (Alexander, 1980). Nærmere bestemt vil kontakt med kroppen i dette henseendet være avgjørende for å oppnå endring.

4.7.2 Mentalisering som bindeledd til kroppslige erfaringer

Som antydnet under “Kroppens tvetydighet”, snakket flere deltakere i studien om kroppslige erfaringer som om disse var fremmede og uforståelige. Ettersom kontakt med kroppen synes å spille en vesentlig rolle for opplevelse av trygghet, følger det naturlig at opplevd mening og eierskap til kroppslige fornemmelser kan ha terapeutisk potensiale. I den forbindelse er det rimelig å tenke at klinisk praksis som fokuserer på å øke mentaliseringsevne hos personer med dissosiativ lidelse kan være fruktbart, ettersom mentalisering av affektive tilstander innebærer å reflektere over og integrere somatiske erfaringer (Mitchell & Steel, 2021). Litteraturen som angår forholdet mellom mentalisering og dissosiasjon er sparsom (ibid.), men flere påpeker at mentalisering kan være en nøkkelfaktor i behandling av komplekse traumeerfaringer, dissosiasjon inkludert (Liotti & Gumley, 2019; Fonagy & Luyten, 2018). Blant annet kan terapeuter hjelpe klienter med å skape et rom for å forstå kroppen ved å vise nysgjerrighet for, bemerke og speile deres somatiske opplevelse (Mitchell & Steele, 2021). Slik dannes en forbindelse til kroppen, som kan bidra til å utvikle en mening bak symptomene.

Både kliniske og empiriske observasjoner understreker at dissosiasjon *også* rammer kroppen. En snever forståelse av dissosiative lidelser som ikke tar i betraktning de somatoforme komponentene tilknyttet lidelsen, vil dermed gi begrensninger i hvordan disse personene forstår seg selv og sine plager. Det samme gjelder hvordan vi som klinikere forholder oss til symptom bildet, enten det er snakk om ensidig fokus på utredning av somatiske forhold eller psykoforme tilstander. Våre funn som angår hvordan kroppen kan oppleves fremmed, med manglende “subjektiv kontakt”, understreker viktigheten av å ha begrep om hvordan kroppen også er involvert i, og henger tett sammen med psykisk lidelse. At helsepersonell stiller seg åpne og nysgjerrige i forbindelse med særegne kroppslige erfaringer hos personer med dissosiative lidelser kan dermed være avgjørende for å synliggjøre kroppens tvetydighet.

Mentaliseringsevne kan her tenkes å utgjøre et viktig bindeledd for å redusere kløften mellom kropp og sinn.

4.7.3 Betydningen av å finne egne mestringsstrategier

Den aktuelle studien peker i retning av at kroppen kan fungere som en viktig ressurs i arbeid med dissosiative lidelser, både som erfaringsmedium og mulighetsleverandør. Mer spesifikt fremkommer det at bruk av sanser og former for fysisk aktivitet kan fremme tilstedeværelse, ro, trygghet og vitalitet. Dette på måter som synliggjør muligheten for å velge selv og styre egen tilværelse. Etersom deltakerne i studien ga uttrykk for å foretrekke ulike mestringsstrategier, synes imidlertid individuell tilpasning å være vesentlig for å kunne utnytte slike strategier i en klinisk sammenheng. Dette omhandler blant annet å finne hvilke sansemodaliteter som virker samlende og regulerende, og hvilke som eventuelt fungerer mot sin hensikt.

Individuell tilpasning av mestringsstrategier bringer videre implikasjoner for gruppebaserte intervensjoner som tar sikte på å lære bort stabiliseringsøvelser i fellesskap. Kjennskap til den enkeltes kroppslige erfaringer kan tenkes å være avgjørende for at slike tilbud skal ha effekt. Det samme gjelder for praksis både i poliklinikk og døgnklinikk, da økt forståelse for individualiteten og variabiliteten i slike reguleringsmekanismer kan gjøre både pasienter, helsepersonell og pårørende bedre rustet til å finne tryggende håndteringsstrategier. Erfaringen med å finne alternative handlingsmønstre som kan forebygge eller stagge begynnende dissosiasjon synes å øke opplevelsen av kontroll over egne symptomer. Formeninger om hva som er konstruktive og destruktive mestringsstrategier for den enkelte bør dessuten gjøres med varsomhet, basert på aktuelle funn som blant annet antyder at måter å fravike ubehagelige følelser og situasjoner også kan være adaptivt for den det gjelder, som vist ved subtemaet “Avveksling”.

Noen av deltakerne beskrev hvordan de hadde aktiviteter som fungerte integrerende og forankrende, der de fikk de erfaringer med å være i kroppen sin i mestrende rammer. Deres mestringsarenaer var preget av dynamisk og fysisk aktivitet, som gjorde at de følte seg til stede i kroppen, følelsene og øyeblikket. Dette er i tråd med formålet for behandling av personer med dissosiative lidelser, som angår å fremme utviklingen av en integrert fungering (ISST-D, 2011). I den forbindelse kan vi tenke oss at ekstraterapeutiske forhold, som meningsfulle og lystbetonte aktiviteter, kan støtte behandlingsforløpet. Dessuten viser

forskning at fysisk aktivitet kan ha en symptomdempende effekt på visse psykiske lidelser (Rosenbaum et al., 2014). Slik kan det være nyttig å ha kunnskap om, og legge til rette for mestringsstrategier for den enkelte pasient. Kontakt med kroppen via sanser eller mestrende fysisk aktivitet synes altså å være gunstig for å finne tilstedeværelse og forankring.

Oppsummert kan vi si at de aktuelle funnene gir rasjonale for kroppsfokuserte tilnærminger i behandling av dissociative lidelser. Det kan også argumenteres for at mentaliseringsbaserte intervensjoner kan være nyttige for å styrke opplevd mening og eierskap til kroppslige fornemmelser. Samtidig ser vi at det kan ligge stort terapeutisk potensiale i å finne egne mestringsstrategier som kan gi positive opplevelser av å være til stede i egen kropp.

5 Konklusjon

Studiens formål var å undersøke hvordan kroppen påvirket levde erfaringer hos personer med dissosiativ lidelse og hvordan disse ble uttrykt. Resultatene antydde at deres kroppslige erfaringer var konstituerende for lidelsens fenomenologi, samt deres måter å forholde seg til lidelsen på. Dette ved at kroppen virket å utgjøre en begrensning - så vel som en mulighet - for meningsfull livsutfoldelse. Således bidrar den aktuelle studien til kunnskap om hvordan kroppen både kan være en kilde til gode, så vel som vonde opplevelser tilknyttet dissosiative lidelser. Den utvider også etablert kunnskap som angår hvordan dissosiative lidelser også kan få et kroppslig uttrykk (Kihlstrom, 2005; Nijenhuis, 2001), ettersom fokus på somatoform dissosiasjon og konversjonslidelser synes viktig, men utilstrekkelig for å forstå kroppens funksjon og plass i denne problematikken. Implikasjonene som følger av dette tilsier at behandling som utelukker kroppen kan ha begrenset klinisk rekkevidde, ettersom kroppens fenomener i stor grad unndrar seg språkliggjøring. Slik kan vi også tenke at vi vil mangle en helhetlig forståelse for dissosiative fenomener dersom studier kun belager seg på språklig materiale; forskningen må også inkludere det nonverbale. Som en sluttbemerkning kan vi si, at levd erfaring som en kropp i verden aldri helt kan fanges eller begripes, men likevel ikke bør overses eller ignoreres fullstendig (Smith et al., 2009).

Litteraturliste

- Alexander, F. (1980). *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (Vol. 1946). University of Nebraska Press.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G., Console, D. A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40(2), 160-171.
- American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. utg)*. American Psychiatric Pub.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38). Universitetsforlaget.
- Armstrong, J. G. (1994). Reflections on multiple personality disorder as a developmentally complex adaptation. *The psychoanalytic study of the child*, 49(1), 349-364.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Barnett, J.E, Shale, A., Elkins, G. & Fisher, W. (2014). *Complementary and alternative medicine for psychologists: an essential resource*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baron, R. J. (1985). An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Annals of Internal Medicine*, 103(4), 606-611.
- Berens, A. E., Jensen, S. K. G., & Nelson, 3rd, Charles A. (2017). Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 15(1), 135–135.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12), CD003388–CD003388.
- Brand, B. L., Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 145-168.

- Brand, B., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27(10), 62-69.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 169-189.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a investigation of 71 patients. *The American journal of psychiatry*, 150(3), 489-494.
- Boon, Suzette, Steele, K., & Hart, O. van der. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. W. W. Norton & Company.
- Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 45-62.
- Butler, L. D. (2004). The dissociations of everyday life. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 1–11.
- Bækkelund, H., Ulvenes, P., Boon, S., & Arnevik, E. A. (2021). Group treatment for Complex Dissociative Disorders: A randomized controlled trial. Sendt utgiver, under vurdering. Forhåndsversjon tilgjengelig på: <https://osf.io/9gw57>
- Bækkelund, H., Frewen, P., Lanius, R., Ottesen Berg, A., & Arnevik, E. A. (2018). Trauma-related altered states of consciousness in post-traumatic stress disorder patients with or without comorbid dissociative disorders. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1544025.
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 52–68.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 976.

- Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current opinion in neurobiology*, 13(4), 500-505.
- Craig, A. D. (2009). Emotional moments across time: a possible neural basis for time perception in the anterior insula. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1525), 1933-1942.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin*, 138(3), 550–588.
- De Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajjani, N., Malhotra, B., & Ho, R. T. H. (2021). From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 678397–678397.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R. & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
- Dorahy, M., & van der Hart, O. (2007). Relationship between trauma and dissociation. I E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Red.). *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (s.3-30). American Psychiatric Pub.
- Dell, P. F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 1-26.
- Dell, P. F. (2009). Understanding dissociation. I P. F. Dell & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (s.709–825). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dell, P. F., (2010). The phenomena of pathological dissociation. I P. F. Dell & J. A. O'Neil (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM- V and beyond* (s. 225-237). Routledge.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255-266.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.). *The handbook of mentalization-based treatment* (s. 53-99). John Wiley & Sons.

- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, Mentalizing, and the Self. I W. J. Livesley & R. Larstone (Red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (s. 123-140). Guilford Publications.
- Foote, B. (2013). Dissociative identity disorder: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Waltham, MA: Wolters Kluwer. Hentet 07.10.21 fra: <https://www.uptodate.com/contents/dissociative-identity-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.
- Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.
- Fuchs, T. (2020) Time, the Body and the Other in Phenomenology and Psychopathology. I Tewes, C. (Red.), *Time and body: Phenomenological and psychopathological approaches* (s.367-389). Cambridge University Press.
- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in psychology*, 5, 1-12.
- Fuchs, T., & Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current opinion in psychiatry*, 22(6), 570-575.
- Haavind, H. (2001). *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: on the relationship between interoception and embodiment. *Topics in cognitive science*, 4(4), 692-704.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1-23.

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 188-212.
- Jacobs, W. J., & Nadel, L. (1998). Neurobiology of reconstructed memory. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(4), 1110–1134.
- Jansen, A., & Andenæs, A. (2019). *Hverdagsliv, barndom og oppvekst: teoretiske posisjoner og metodiske grep*. Universitetsforlaget.
- Khoury, N. M., Lutz, J., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Interoception in Psychiatric Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials with Interoception-based Interventions. *Harvard review of psychiatry*, 26(5), 250–263.
- Kihlstrom, J. F. (1992). Dissociative and conversion disorders. I D. J. Stein & J. E. Young (Red.), *Cognitive science and clinical disorders* (s. 247-270). Academic Press.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227-253.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation relating to states of unmentalised affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(1), 13-21.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing - effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929023–1929023.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma*, 4(2), 214–220.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102–120.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083–1093.

- Leirvåg, H., Pedersen, G., & Karterud, S. (2010). Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*(2), 115–122.
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for Designing and Reviewing Qualitative Research in Psychology: Promoting Methodological Integrity. *Qualitative Psychology*, *4*(1), 2–22.
- Liotti, G., & Gumley, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, 117-133.
- Llinás, R. R. (2002). *I of the vortex: From neurons to self*. MIT press.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M. & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, *140*(3), 896-910.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, *175*(1), 37-46.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: Therapy, theory, and science*. Routledge.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. Sage Publications.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. (B. Nake, Overs.). Pax Forlag. (Opprinnelig utgitt 1945).
- Mitchell, S., & Steele, K. (2021). Mentalising in complex trauma and dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(3), 100168.
- Nijenhuis, E. R. (2001). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of trauma & dissociation*, *1*(4), 7-32.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, & theoretical issues*. W. W. Norton & Co.

- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., VanDyck, R., VanderHart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of nervous and mental disease, 184*(11), 688-694.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior, 52*(1), 1-23.
- Nijenhuis, E. R., Van Dyck, R., Spinhoven, P., van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., & Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 33*(4), 511-520.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. Ww Norton & Co.
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *The Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 263–279.
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 62*(4), 197–203.
- Panisch, L. S. (2020). Conceptualizations of dissociation and somatization in literature on chronic pelvic pain in women: A scoping review. *European Journal of Trauma & Dissociation, 4*(1), 100093.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. utg.). Sage Publications.
- Reinders S., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one, 7*(6), e39279.
- Price, C. (2007). Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. *Complementary therapies in clinical practice, 13*(2), 116-128.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and philosophy : an essay on interpretation*. Yale University Press.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4*(2), 135–156.
- Romdenh-Romluc, K. (2010). *Routledge philosophy guidebook to Merleau-Ponty and phenomenology of perception*. Routledge.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry, 75*(9), 964–974.

- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517.
- Rothschild, B. (2004). *Kroppen husker: om krop og psyke i traumebehandling*. Klim.
- Sandbæk, L. (2021). Om å bevitne det grusomme og tapte: Interdisiplinære bidrag til traumefeltet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 58(9), 760-765
- Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 169-176.
- Schäflein, E., Sattel, H. C., Pollatos, O., & Sack, M. (2018). Disconnected–impaired interoceptive accuracy and its association with self-perception and cardiac vagal tone in patients with dissociative disorder. *Frontiers in psychology*, 9, 897–897.
- Scheffers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., van Duijn, M. A., Schoevers, R. A., & van Busschbach, J. T. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: associations with trauma severity and dissociation. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1322892.
- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. *Revue phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. Addiction Research & Theory*, 17(2), 152–167.
- Shusterman, R. (2018). Body Consciousness and the Excentric Self: Between Plessner and Somaesthetics. *Pragmatism Today*, 9(1), 10-20.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Sletvold, J. (2009). I begynnelsen var kroppen. I J. Sletvold & M. Børstad (Red.). *Den terapeutiske dansen: Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 4-15). Norsk karakteranalytisk institutt.
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261–271.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39–54.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (3. utg.). Sage.

- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE.
- Smith, J.A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (s. 53-80). Sage.
- Sommer, M., Biong, S., Borg, M., Karlsson, B., Klevan, T., Ness, O., Nesse, L., Oute, J., Sundet, R. & Kim, H. S. (2021). Part II: Living Life: A Meta-Synthesis Exploring Recovery as Processual Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6115.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852.
- Srismith, D., Wider, L.-M., Wong, H. Y., Zipfel, S., Thiel, A., Giel, K. E., & Behrens, S. C. (2020). Influence of Physical Activity Interventions on Body Representation: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 99–99.
- Stänicke, E., Varvin, S. & Stänicke, L. I. (2013, 6. august). *Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv..* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50(8), 772-780.
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 593–618.
- Tollefsen, T. T. (2009) *Kant og Heidegger: Væren i verden*. (S. 6-8.) Hentet 07.10.21 fra: https://www.uio.no/studier/emner/hf/ifikk/FIL1001/v09/undervisningsmateriale/FIL1001_forelesning4.pdf
- Tsaur, S. H., & Tang, Y. Y. (2012). Job stress and well-being of female employees in hospitality: The role of regulatory leisure coping styles. *International Journal of Hospitality Management*, 31(4), 1038-1044.
- van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of traumatic stress*, 2(4), 397-412.
- van der Hart, O., van Dijke, A., van Son, M., & Steele, K. (2001). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 33-66.

- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body- and Movement-Oriented Interventions for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 967–976.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e559–e565.
- Verdens helseorganisasjon. (2021). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Waugh, C. E., Shing, E. Z., & Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 511-529.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). McGraw Hill Open University Press.
- Wittgenstein, L. (1997). *Filosofiske undersøkelser*. (M. B. Tin, Overs.). Pax Forlag. (Opprinnelig utgitt 1953).
- Verdens Helseorganisasjon. (2021). *Den internasjonale statiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (10. utg.). Hentet fra 13.10.21 fra: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11/Komplett%20BI%C3%A5bok%20IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser.pdf>

Østerberg, D. (1994). I Merleau-Ponty, M. (B. Nake, Overs.). *Kroppens fenomenologi* (s. V-XII). Pax forlag A/S.

Appendiks A

Diagnoser

Tabell 1: Klassifikasjon av dissosiative lidelser, DSM-5 og ICD-10 (American Psychological Association, 2013; Verdens Helseorganisasjon, 2021).

DSM-5 Dissociative Disorders		ICD-10 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser)	
300.14	Dissociative Identity Disorder	F44.81	Multippel personlighet (personlighetsspalting), kategorisert under F44.8 Andre spesifiserte dissosiative lidelser
300.12	Dissociative Amnesia	F44.0	Dissosiativ amnesi
300.6	Depersonalization/Derealization Disorder	F48.1*	Depersonalisering- og derealisasjonssyndrom
300.15	Other Specified Dissociative Disorder	F44.8	Andre spesifiserte dissosiative lidelser, herunder F44.81 Multippel personlighet (personlighetsspalting)
300.15	Unspecified Dissociative Disorder	F44.9	Uspesifisert dissosiativ lidelse
		F44.1	Dissosiativ "fugue"
		F44.2	Dissosiativ stupor
		F44.3	Transe og besettelsestilstander
		F44.4	Dissosiative motoriske forstyrrelser
		F44.5	Dissosiative krampetilstander
		F44.6	Dissosiativ følelsesløshet og sanseutfall
		F44.7	Blandet dissosiativ lidelse

*F48.1 Depersonalisering- og derealisasjonssyndrom ligger under F48.0 Andre nevrotiske lidelser, ikke under dissosiative lidelser i ICD-10

Appendiks B

Analysespørsmål

1. Hvilke kroppsforneemmelser nevner deltakere, og hvordan gir de mening til sine symptomer og plager?
2. Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med orientering og sansing?
3. Hvordan opplever/erfarer deltakeren tid, og hvordan relaterer dette til kroppserfaringen?
4. Hvilken funksjon har aktivitet for deltakerne?
5. Hvordan gir deltakerne uttrykk for kroppslig beredskap?

Appendiks C

Intervjuguide

Semi-strukturert intervjuguide for pasienter med dissosiativ lidelse, 6 mnd etter avsluttet psykoedukativ gruppe

Introduksjon:

Presentasjon av intervjuer, navn, faglig bakgrunn, kjennskap til stabiliseringskursene.

«Vi har tre ønsker med dette intervjuet. For det første å få din egen personlig beskrivelse av hvordan du opplever dine symptomer og utfordringer i livet. Videre vil vi spørre om dine erfaringer med å bli undervist i en spesifikk forståelsesmodell og dine erfaringer med indre kommunikasjon. Gjennom hele intervjuet ønsker vi også å få tak i hva du opplever at hemmer og fremmer en god prosess for deg.

Dine opplevelser og refleksjoner er svært verdifull informasjon som kan hjelpe oss til å forstå bedre hvordan det er å leve med en dissosiativ lidelse og hva som kan være til hjelp. Vårt håp er at dette kan bidra til å utvikle ny forståelse slik at andre kan få et best mulig behandlingstilbud.

Intervjuet tar 1-1,5 time. Dersom du trenger en pause i løpet av intervjuet, eller av andre grunner ønsker å stoppe, er det fint om du sier fra. Du kan også be meg om å stoppe lydopptaket.

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Da setter jeg på lydopptaket”

Jeg vil gjerne be om ditt muntlig samtykke på lydopptak.

1. Først vil jeg høre om det har vært episoder eller hendelser siste halvår som har påvirket deg i en positiv eller negativ retning? (på et indre eller ytre plan)

2. Hva er det første du tenker på når du tenker på kurset du gikk på her i 20 uker? (Utdyp og undersøk det)

3. Har kurset vært til hjelp? På hvilken måte? Eks. På ting som har forandret seg. Noen endringer i hverdagen... Hvis ikke det har vært til hjelp – hva henger det sammen med?

4. Da det nærmet seg dagen for kurset hver uke – kan du huske hva du tenkte eller følte om å møte opp på kurset?

- Utforske grad av indre kamp/ambivalens/unngåelse knyttet til å gå på kurs.
- Er dette reaksjoner du kjenner igjen fra andre situasjoner i livet?
- Påvirket det om du kom deg til kurs eller ikke?

5. Du husker kanskje dette skjema du fylte ut hver gang (vis prosesskjema). Her spurte vi om din opplevelse av å være tilstede i de ulike delene av kurset.

Hva betyr begrepet «å være tilstede» for deg?

- I hvilke situasjoner vil du si at du opplever deg tilstede i livet ditt i dag? og i hvilke situasjoner er du ikke tilstede?
- Har det endret seg siste året; måten du opplever det og hvor mye?

6. Hvordan opplevde du det å bli gitt en spesifikk forståelsesmodell av dissosiative lidelser? (vis tegning med ringene, vedlegg 4)

- Hva var bra med å få en slik modell, hva var ikke så bra for deg?

7. Nå har vi sett på en generell modell. Hvordan vil du beskrive din indre verden? Hva slags ord og bilder gir mening for deg?

- Hvorfor tror du det er slik for deg? (opplevelse av at det er hensiktsmessig indre organisering?)

8. Her ser du en skala fra manglende kjennskap til det som finnes inni deg, til indre samarbeid (vis illustrasjon vedlegg 2 og les opp alle stegene).

- Hvor tenker du at du er på denne skalaen nå?
- Hvor tenker du at du var da du begynte på kurset?
- Kan du gi et eks. på det området i livet (følelse, tanker, deler) du har kommet lengst på? (Hva må til for å bevege seg, hvordan opplevdes det første gang, har du fortsatt med det, har det vært hjelpsomt i livet ditt eller har du blitt skremt)
- Kan du gi eks. på det temaet der du opplever at du har kommet kortest?

9. Hvordan vil du beskrive relasjonen din til gruppelederne? Ble de viktige for deg? På hvilken måte?

10. Hvordan vil du beskrive relasjonen din til de andre kursdeltakerne? Ble de viktige for deg? På hvilken måte?

- Opplever du noen endring i hvordan du relaterer deg til andre mennesker? (påkoblet andre mennesker eller mer frakoblet enn før)

11. Hvordan opplevde du individualterapien mens du gikk på kurset?

- Har du hatt den samme terapeuten? Hvor ofte møttes dere? Møtes dere fortsatt? Hvordan opplevde/opplever du relasjonen til terapeuten? **Hadde dere fokus på kursmaterialet?** Har dere jobbet noe med stoffet etter at kurset var slutt? (ble kurset en boble?)
- Har du hatt annen behandling (kommunehelsetjeneste, døgntilbud, psykomotoriker o.l.)? Hvordan har det påvirket din prosess?

12. Det er vanlig å være på vakt når man har levd i fare, og mange kan streve med å finne indre trygghet. På kurset jobbet vi med dette. Hvordan er det for deg nå?

- Har du noen øyeblikk i livet ditt eller steder der du føler deg trygg i nåtid?
- Hvordan var dette for deg i tiden du deltok på kurs?

13. Var det noe ved kurset som ikke var bra for deg, som har gjort det vanskeligere i livet ditt i ettertid?

”Nå vil jeg stille deg noen spørsmål om dine livserfaringer med å leve med en dissosiativ lidelse og eventuelle endringer du har opplevd.”

14. Hva tenker du om å ha fått diagnosen dissosiativ lidelse?

- Var det nytt eller kjent for deg da du ble utredet på Traumepoliklinikken?
- Hva tenker du om det? Hvordan føles det?
- Hvor enig er du i diagnosen fra 0-100%?

15. Hva er det vanskeligste ved å ha en dissosiativ lidelse?

- Beskriv eks. fra hverdagslivet (hvilke utfordringer har det skapt?)
- Noen strever med det å glemme. Hvordan er det for deg?

16. Når begynte du å registrere disse utfordringene?

17. Har disse symptomene noen fordeler? På hvilken måte?

- Er det noe du ville ha savnet dersom dette/disse symptomene ble borte?

18. Har du lagt merke til om symptomene har endret seg gjennom livet ditt? På hvilken måte? Har de endret seg etter at du gikk på kurset?

19. Når du tenker på disse vanskene du akkurat har beskrevet - har du lært eller erfart noe som gjør at du nå forholder deg annerledes til dem?

- NB. Sjekk om de har ferdigheter/ressurser som de benytter

20. Har kurset påvirket deg i ditt syn på deg selv?

Mange med en dissosiativ lidelse opplever forvirring og usikkerhet om hvem de er. Hvordan er dette for deg (nå)?

Mange beskriver også mye selvforakt og skam og strever med å akseptere seg selv. Hvordan er dette for deg?

21. Ønsker du noen endringer i livet framover? I så fall hvilke? Hva tror du skal til for å få det til?

- Har du lært eller erfart noe som du tror er med på å påvirke hvordan du tar valg?

22. Har du noen forventninger eller ønsker til livet framover? (mer overordnet)

- Har det endret seg siste året?

23. Er det noe du ikke har fått sagt som du har lyst til å tilføye?

Samtale/refleksjon om å delta på intervjuet. (gruet, gledet seg i forkant, hvordan ble det?)

Har du vært ambivalent til å delta på intervjuet? (grad av indre kamp før og underveis)

(Noter nonverbale observasjoner gjennom intervjuet)

Appendiks D

Samtykkeskjema

Kvalitative intervju

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT:

HVORDAN FORSTÅR OG BESKRIVER PERSONER MED DISSOSIATIVE LIDELSER SINE SYMPTOMER, OPPLEVELSE AV SEG SELV OG UTFORDRINGER I HVERDAGEN, OG HVILKEN BETYDNING HAR DELTAKELSE I PSYKOEDUKATIV GRUPPE?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å bidra til at fagfeltet får bedre forståelse for hvordan mennesker med dissociativ lidelse opplever sine symptomer, hva som er til hjelp i hverdagen og opplevelsen av å gå på stabiliserings- og ferdighetstreningkurs. Alle som har gjennomført kurset i løpet av forskningsperioden, får tilbud om å bli intervjuet 6 mnd. og 2 år etter avsluttet gruppebehandling. Noen blir også spurt om å delta på intervju etter utredningen før gruppebehandlingen. Det er Traumepoliklinikken ved Modum Bad som er ansvarlig for gjennomføringen av intervjuene og analyse av data.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette prosjektet innebærer deltakelse i intervju på ca. 1 time før gruppestart og 6 mnd. etter avsluttet behandling. Du vil da bli intervjuet av en av terapeutene ved Traumepoliklinikken som kjenner godt til behandlingsopplegget, men som ikke var din gruppeterapeut. Vi ønsker også å intervju alle deltakerne to år etter avsluttet kurs. Det vil også vare ca. 1 time. Dette er for å forstå bedre hvordan du etter lang tid reflekterer over deg selv, dine symptomer, hverdagsutfordringer og behandlingsprosessen.

Alle intervjuene er frivillige og du kan når som helst trekke deg fra deltakelse.

Intervjuene blir tatt opp som lydopptak, som siden blir skrevet ned ordrett (transkribert).

Informasjonen vil lagres med en kode i tråd med gjeldende forskrifter.

I forskningsprosjektet som du allerede har samtykket i å delta i, har vi informasjon om diagnose, ukentlige mål på symptomer og opplevd tilstedeværelse på gruppesamlingene, selvutfyllingsskjema, intervju av forskningsassistent med vurdering av symptom og funksjon (GAF-S/F) på 3 tidspunkt og evalueringsskjema ved behandlingsslutt. Vi vil å be om tillatelse til å se denne informasjonen i sammenheng med informasjon fra intervjuene basert på ID koden. Det betyr at forskeren ikke vet hvem informasjonen gjelder.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i intervjuene gir deg en anledning til å reflektere over hvordan du forstår deg selv, hva du synes er viktig i din prosess, noe som kan bidra til ny forståelse for fagfeltet. Mange opplever det godt å bli lyttet til og meningsfullt å få lov til å bidra. Slike intervjuer kan også vekke følelser som du synes er ubehagelige. Det kan være en erkjennelse som du ikke har tenkt på, et ønske om raskere

Kvalitative intervju

framgang enn det som er realiteten osv. Det blir anledning til å si noe om reaksjonene dine i intervjuet. Hvis du har kontakt med en terapeut, oppfordrer vi deg til å planlegge en kontakt med vedkommende kort tid etter intervjuet, slik at du kan drøfte eventuelle vanskelige følelser. Det vil også være anledning til å ta kontakt med Traumepoliklinikken ved utreder eller en av dem som var dine gruppeterapeuter, dersom du får reaksjoner i etterkant.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Ingunn Holbæk, telefon 21 41 61 00 eller på mail: inghol@modum-bad.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes til å øke vår forståelse om hvordan en person med dissosiativ lidelse forstår og beskriver sine plager og hva som kan være nyttig behandling. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle involverte i prosjektet har taushetsplikt, og opplysningene som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuene vil bli tatt opp på et lydbånd som senere transkriberes (skrives ordrett) til en tekstfil for videre analyse.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun én forskningssekretær ved Traumepoliklinikken som har tilgang på denne listen.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. All informasjon om deg vil bli anonymisert slik at det ikke er mulig å identifisere deg i arbeider som blir publisert. Informasjonen du gir i intervjuene, vil bli anonymisert og slettet senest 5 år etter prosjektslutt.

FORSIKRING

Du er dekket av pasientskadeloven.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr.2016/1217 hos REK (datert 18.08.2016).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Hvordan forstår og beskriver personer med dissosiative lidelser sine symptomer, opplevelse av seg selv og utfordringer i hverdagen, og hvilken betydning har deltakelse i psykoedukativ gruppe?

Jeg er villig til å delta i:

- Intervju etter utredning og før gruppebehandling
- Intervju 6 måneder etter gruppebehandling
- 2 år etter gruppebehandling
- Jeg tillater at dere ser på intervjuene i sammenheng med informasjon fra forskningsprosjektet om behandlingseffekt som jeg allerede har samtykket i.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver