Vad är dissociation?

Linnéa Regnlund

Den här texten har tidigare publicerats i antologin Splittrade själar. Några mycket små ändringar har gjorts.

Det är i stort sett omöjligt att ge ett enkelt svar på frågan om vad dissociation är. Dissociation är ett begrepp som innefattar en rad olika tillstånd och symptom, som inte alltid är särskilt lika varandra. För att göra det ännu mer komplicerat finns det ingen enhetlig definition av begreppet dissociation eller någon gemensam avgränsning kring vilka tillstånd som ska räknas med.

Jag ska i alla fall försöka mig på att göra en översikt över vad dissociation kan vara, men det är lika bra att börja med att säga att det inte är lätt och att det är rätt rörigt. Det känns som att ingen är överens med någon annan om någonting alls.

Jag försöker att göra texten så enkel som möjligt, men är du utan förkunskaper kan den nog ändå upplevas som tung att läsa. Du måste inte läsa den om det känns för jobbigt eller inte intresserar dig. Den finns här för den som vill fördjupa sig lite mer i den teoretiska biten. Alla texter som finns i boken är på sitt sätt en liten bit av svaret på frågan ”Vad är dissociation?” och det är de andra texterna som är de viktigaste i den här boken, de olika personliga berättelserna.

Jag har valt att dela in den här texten i tre delar. Först går jag igenom några olika modeller med idéer om hur man kan förstå dissociation. Efter det går jag igenom de olika dissociativa tillstånden. Till sist skriver jag lite om hur det kan vara att uppleva dissociation och väldigt kort om behandling.

Olika modeller för att förstå dissociation

Ett dissociativt spektrum

En av de mest kända modellerna som rör dissociation utgår från en idé om att all dissociation egentligen är samma fenomen som kan ta sig olika uttryck och ha olika allvarlighetsgrad. Det är en modell som handlar om det dissociativa spektrumet.

Vad är då det dissociativa spektrumet? Inom den här modellen tänker man sig att det finns fem kärnsymptom inom dissociation: amnesi, depersonalisering, derealisering, identitetsförvirring och identitetsvariation. Dessa symptom går att ha i olika kombinationer och vilka av dem man har avgör vilken diagnos inom det dissociativa spektrumet som är aktuell. Man anser att det finns några huvudsakliga diagnoser: disso-

ciativ amnesi, dissociativ fugue, depersonaliseringssyndrom och dissociativ identitetsstörning (DID).

Det finns olika allvarlighetsgrader av dissociation. Man menar att det finns dissociation som är normal och kan vara en del av vardagslivet, som till exempel att dagdrömma. En person kan också ha en dissociativ episod eller reaktion, där dissociationen är ett sätt att skydda personen i situationer som annars skulle bli överväldigande. Det kan vara när man utsätts för fara eller något som gör att man tror att man ska dö, alltså en situation med extremt stark stress. Dissociationen är enligt det här synsättet även då normal, och den blir inte ett problem förrän den finns kvar även efter att faran eller hotet försvunnit bort, eller när den aktiveras i situationer där det inte finns något egentligt hot.

Det går att avgöra om dissociationen är en normal reaktion genom hur människor själva beskriver den. Dissociativa reaktioner beskrivs som milda både i symptomens styrka och hur mycket obehag de skapar. De som har ett dissociativt syndrom beskriver däremot det som att dissociationen påverkar dem mer negativt, de har också fler och starkare symptom och bland annat påverkas minnet i högre utsträckning.

Man kan tänka på det dissociativa spektrumet som att det handlar om olika grader på en skala. I ena änden finns den mildaste dissociationen som är helt oproblematisk, till exempel hypnos eller att man automatiserar ett beteende så man

inte tänker på vad man gör. En lite svårare grad av dissociation är en dissociativ episod som kan bero på skräck, förtryck eller en överhängande fara.

Efter det finns de mildaste formerna av dissociativa syndrom, dit amnesi, fugue och depersonalisation räknas. Det följs av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), atypiska dissociativa syndrom och dissociativ identitetsstörning (DID). Den allvarligaste formen av dissociation är polyfragmenterad DID. Vad de olika formerna innebär kan du läsa om under rubriken ”Dissociativa tillstånd och diagnoser” längre fram i den här texten.

Frasen ”det dissociativa spektrumet” kan också användas i betydelsen ”alla olika dissociativa tillstånd” utan att man menar just denna tolkning och indelning av tillstånden.

Avtrubbning och avskärmning

En annan modell kallas för den bilaterala. Den är inte så känd, men står för en något annorlunda syn. Till skillnad från idén med det dissociativa spektrumet innehåller den här modellen tanken att det som kallas för dissociation egentligen rör sig om två olika fenomen, två grupper av tillstånd.

Det ena fenomenet är då avtrubbning, eller detachment, som det kallas på engelska. Med avtrubbning menar man att man kan hamna i ett förändrat medvetandetillstånd. Då kan man

känna det som att man har sig själv eller det man har runt omkring sig på avstånd (eller båda). Det kan handla om tillfälliga tillstånd som uppstår till exempel vid intensiv skräck. Det kan också handla om tillstånd som finns kvar över längre tid eller blir kroniska, och som kan påverka ens liv i stor utsträckning. Avtrubbning kan motsvara vad om annars brukar kallas för depersonalisation eller derealisation.

Det andra fenomenet är avskärmning (kompartmentalisering), som kallas för compartmentalization på engelska. Avskärmning är ett fenomen där man blir oförmögen att medvetet ha kontroll över vissa handlingar eller intellektuella processer som man i vanliga fall kan styra över. Informationen förloras inte, inte heller de känslomässiga delarna av det man varit med om, men man når inte dem eftersom man avskärmat sig från dem. Dissociativ amnesi och oförklarade neurologiska symptom som till exempel kramper, stupor eller tappad känsel kan vara ett resultat av avskärmning. När det kommer till mer komplexa tillstånd som fugue eller dissociativ identitetsstörning menar de som står bakom den bilaterala modellen att det förmodligen kan klassas som avskärmning (kompartmentalisering), men att det behöver undersökas mer.

Vad de olika dissociativa tillstånden innebär kan du läsa om under rubriken ”Dissociativa tillstånd och diagnoser” längre fram i den här texten.

Strukturell dissociation

Ett annorlunda sätt att se på dissociation finns i teorin om strukturell dissociation. Grundtanken är då att personligheten har splittrats på grund av trauman. Definitionen av vad dissociation är utgår också från det. Ska något klassas som dissociation behövs en splittring, en strukturell dissociation.

Med det synsättet hamnar räknas en del symptom som annars brukar ses som dissociativa inte med. Till exempel är det vanliga tillstånd som dagdrömmar, men också transtillstånd ses som något annat än dissociation. Att ”försvinna bort” när något är jobbigt, liksom allvarligare former av depersonalisering och derealisering, räknas bara som dissociation om orsaken till dem är en splittring i personligheten. Man tänker sig att det annars rör sig om förändrade medvetandetillstånd. Man kan ha förändrade medvetandetillstånd om man är fullt frisk, som en del av en annan problematik, eller som ett eget problem, men det ses alltså inte som dissociation om det inte beror på en uppdelning av personligheten. Däremot kan andra tillstånd som annars inte brukar räknas som dissociativa räknas in, till exempel emotionellt instabil personlighetsstörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Lite förenklat tänker man sig att det kan finnas två olika typer av delar av personligheten vid strukturell dissociation; EP och ANP. EP är en förkortning av ”Emotional Part of the persona-

lity” och ANP står för ”the Apparently Normal Part of the personality”. Splittringen kan ske när man har sitt försvarssystem aktiverat, som till exempel vid stark stress eller hot. Det är en form av krissystem som gör att det vardagliga systemet prioriteras bort, och de handlingsalternativ vi har när vi är i försvarsläget är att vara på vår vakt, kämpa, fly eller spela död.

En EP kan skapas när försvarslägets handlingsalternativ inte räcker, utan situationen trots dem blir övermäktig. Man kan tänka sig att EP:n då stannar kvar i den svåra situationen medan ANP:n återgår till normalläget och låter bli att integrera händelsen. Istället undviker ANP:n minnet av det som skett och allt som förknippas med det, eftersom det är övermäktigt. EP:n i sin tur har inte möjlighet att ta sig vidare bort från händelsen eftersom det bara är med de förmågor som finns i ens vardagliga system det är möjligt. Dem har inte EP:n tillgång till. ANP:n försöker hålla EP:n undan och EP:n försöker få uppmärksamhet och påminna om den ointegrerade händelsen, till exempel genom att ge ANP:n flashbacks och mardrömmar.

När det på detta sätt skapas en EP och en ANP är det vad som motsvarar PTSD, eller primär strukturell dissociation. Det finns två andra svårighetsgrader av strukturell dissociation; sekundär och tertiär. Vid sekundär finns fortfarande bara en ANP, men flera EP. Vid tertiär har det skapats flera ANP.

Sekundär dissociation kan motsvara diagnoser som komplex PTSD, DESNOS (disorder of extreme stress, not otherwise specified), DDNOS (dissociative disorder, not otherwise specified) eller emotionellt instabil personlighetsstörning.

Tertiär strukturell dissociation motsvarar dissociativ identitetsstörning (DID).

Mer om vad de olika diagnoserna och dissociativa tillstånden innebär kan du läsa om under rubriken ”Dissociativa tillstånd och diagnoser” längre fram i den här texten.

I modellen med det dissociativa spektrumet utgår man från att dissociation är ett försvar i första hand. Denna tanke finns även i strukturell dissociation, men där har man istället som en grundläggande idé att dissociationen finns kvar efter de hemska händelserna eftersom personligheten blivit delad. Erfarenheterna har inte kunnat integreras i personligheten.

Andra modeller

Självfallet finns det mycket mer att säga om dessa olika modeller. Det finns också andra modeller som kunde vara värda att nämna. Många har haft tankar om vad dissociation är, vad det beror på och hur man ska klassificera de olika tillstånden. Jag har försökt hålla det kort och ta med lite av det jag tycker är viktigast. Som en avslutning vill jag dock nämna det förhållande som verkar fin-

nas mellan anknytningsskador och dissociation. Att vara utan en trygg anknytning gör inte att man tvunget börjar dissociera, men det verkar som att det skapar en sån tendens, framför allt hos personer med desorganiserad anknytning. Om vi inte har en trygg bas i våra liv lär vi oss att det inte går att få hjälp på det sättet, genom att vända oss till en trygg vuxen. Som barn kan det vara omöjligt att fly eller kämpa om man blir utsatt för något hemskt, åtminstone tillräckligt för att det ska lösa situationen. Utsätts vi då för en hotfull situation kan dissociation i en eller annan form vara det alternativ som finns kvar.

Dissociativa tillstånd och diagnoser

Depersonalisation och derealisation

Både depersonalisation och derealisation kan beskrivas som overklighetskänslor.

Vid depersonalisation är det man själv som känns overklig. Det kan vara att det känns som att man är utanför sig själv eller försvinner bort, att det man är med om händer någon annan, inte är på riktigt, eller att ens minnen handlar om någon annan. Om man tittar i en spegel kanske man inte känner igen sig. Man kan känna sig känslomässigt avstängd, ha svårt för att tänka och känslan för tid kan vara påverkad. Det kan påverka minnet, men det handlar inte om amnesi, att man glömmer saker. Om minnet

påverkas beror det på att ens medvetandetillstånd och uppmärksamhet är förändrade.

Vid derealisation är det istället omgivningen som upplevs som overklig. Det kan vara att rummet man är i känns förvrängt eller främmande. Det kan också vara att man inte känner igen människor som man vet att man är bekant med. Allt kan kännas dimmigt, overkligt eller som att man är i en dröm.

Depersonalisation och derealisation kommer ofta samtidigt, men det är också möjligt att bara få det ena. Det är ett symptom som kan komma som en reaktion på stark stress, till exempel om man får ett dödsbud eller är med om en olycka. De kan också komma på grund av att man använt droger eller alkohol. Det är ett symptom som dessutom kan komma till exempel vid panikångest, depression, bipolär sjukdom, psykos, PTSD eller ett annat dissociativt tillstånd. Som symptom är depersonalisation och derealisation den allra vanligaste formen av dissociation. I boken ”Feeling Unreal” menar författarna att det är det tredje vanligaste psykiatriska symptomet, att det bara är ångest och depression som är vanligare.

Om overklighetskänslorna är i en svårare form, finns kvar under längre tid och om det inte beror på någon annan problematik (till exempel depression eller PTSD) kan man uppfylla kriterierna för diagnosen depersonalisations- och derealisationssyndrom (DPD).

Det kan vara skrämmande att uppleva depersonalisation eller derealisation och en vanlig skräck är att man håller på att bli galen. Man har dock kvar en korrekt uppfattning om vad som är verkligt och inte verkligt. Overklighetskänslorna kan tyvärr förvärras av att inte bli tagen på allvar i vården, att det man upplever tolkas som något annat, eller att vården tycker att man är obegriplig.

DPD kan påverka en persons relation till sig själv och till andra människor, och kan leda till undvikandebeteenden, isolering och oförmåga att klara till exempel att arbeta.

Dissociativ amnesi (och fugue)

Amnesi innebär minnesförlust. Vid dissociativ amnesi kan man inte minnas vissa saker ur sitt liv, oftast handlar det om situationer som varit stressande eller traumatiska. Det är något annat än vanlig glömska. Ibland har man bara minnesluckor just för de specifika händelserna och ibland saknas också minnen av större delar av hur ens liv varit och vem man varit. Minnesförlusten kan röra både händelser som ligger långt tillbaka i tiden och saker som hänt nyligen.

Dissociativ amnesi kan vara del av PTSD, dissociativ identitetsstörning, akut stressyndrom eller några olika kognitiva sjukdomar eller funktionsnedsättningar, men det kan också vara en egen problematik.

Tidigare har dissociativ fugue varit en egen diagnos, men det ses nu som en variant av dissociativ amnesi. Minnesförlusten omfattar då för det mesta även den egna identiteten och personen har gett sig av hemifrån, ut på en längre resa som framstår som onormal för personen.

Dissociativ stupor

Vid stupor blir man helt eller delvis oförmögen att röra sig, man kan tappa känsel eller känslighet för smärta, få stickningar i kroppen, ha suddiga synintryck och man kan bli oförmögen att prata. Man reagerar mindre eller inte alls på till exempel ljus, ljud eller beröring. Det kan se ut som om man sover, men det handlar varken om sömn eller att vara medvetslös.

Det finns olika sorters stupor, till exempel depressiv stupor eller stupor vid schizofreni (kataton stupor). Dissociativ stupor orsakas av stress och kan utlösas av traumatiska händelser.

Den som har dissociativ stupor kan uppfatta vad som händer, och det kan vara mycket skrämmande att vara medveten men samtidigt inte kunna kommunicera eller reagera på det som sker. På grund av det kan dissociativ stupor leda till att man får ångest eller andra psykiska problem efteråt. För att förebygga den typen av följdeffekter kan man behöva terapi för att få hjälp att förstå orsakerna till att det hände och handskas med sina känslomässiga reaktioner.

Kroppsliga symptom

Kroppsliga reaktioner man kan få av kraftig stress kallas för somatisk eller somatoform

dissociation, konversionssyndrom eller funktionella neurologiska symptom.

Dissociativa motoriska störningar kan vara att man får ryckningar eller blir skakig. Man kan få svårt att samordna olika muskelrörelser så det till exempel blir svårt att svälja eller gå normalt, eller att det på annat sätt blir svårt med vissa rörelser. Det kan också vara att man blir svag eller att man får förlamning i armar eller ben.

Dissociativ afoni och dysfoni räknas också som motoriska störningar och innebär att man får problem med talförmågan. Det kan vara att det blir svårt eller helt omöjligt att prata, eller att rösten blir hes eller på ett annat sätt inte låter som den brukar.

Dissociativ anestesi innebär att sinnesintrycken påverkas. Det kan till exempel bli svårt att höra, svårt att se, eller att intrycken blir förvrängda. Det kan också bli svårt att uppfatta eller känna skillnad på olika sinnesintryck, till exempel att känna skillnad på mjukt och hårt eller varmt och kallt. Man kan bli oförmögen att känna smärta.

Dissociativa kramper är en typ av anfall som liknar epileptiska anfall. Vid kramperna är man antingen fortfarande vid medvetande eller så är man i ett transtillstånd eller stupor.

Hur denna grupp av symptom ska klassificeras finns det olika åsikter om. I ICD-11 har man valt

att kalla det ”dissociative neurological symptom disorder” och låta det räknas till de dissociativa diagnoserna, medan man i DSM-5, som är det andra diagnossystemet, kallar det för ”konversionssyndrom (funktionell neurologisk symtomstörning)” och där räknas det istället till ”kroppssyndrom och relaterade syndrom”.

Man kan ha kroppsliga symptom som en del av en annan dissociativ problematik eller ha bara de symptomen. De kan upplevas som mycket skrämmande, framför allt om vården inte verkar förstå dem eller ta dem på allvar.

Dissociativ identitetsstörning

Dissociativ identitetsstörning (DID) innebär att det finns minst två olika personlighetstillstånd (delar, alters, delpersonligheter) som var och en har en egen jagkänsla och som kan styra handlingar, ha egna känslor, ett eget medvetande och så vidare. Det är inte nödvändigt att det är möjligt för någon utomstående att se skillnad på de olika delarna, men ibland kan skillnaderna synas så någon annan märker vilken del hen möter.

Ska man uppfylla diagnoskriterierna behöver man också ha amnesi och återkommande minnesluckor som handlar om traumatiska händelser, viktig personlig information och/eller händelser i vardagen. Amnesin kan förklaras med att en av delarna tar över medvetandet och blockerar så de andra delarna inte kan ta del av vad som händer eller minnas det efteråt.

I ICD-11 finns också diagnosen ”partial dissociative identity disorder” som är ett liknande tillstånd, men där en av delarna av personligheten är den dominerande och där den andra (eller de andra) delarna inte tar över kontrollen eller medvetandet helt. Att en annan del tar över kan ske under kortare episoder, men det är inte något som är normalt att det händer, till skillnad från vid dissociativ identitetsstörning.

Diagnosen dissociativ identitetsstörning motsvarar (i stort sett) den diagnos som tidigare fanns och som kallades multipel personlighet eller multipel personlighetsstörning.

I diagnoskriterierna anges bara att det måste finnas minst två olika delar. Människor med DID kan ha inre system som innehåller olika många delar och som är organiserade på olika sätt. När det finns väldigt många olika delar brukar det kallas polyfragmenterad DID.

Det finns vissa roller som det är vanligt att delar har, till exempel barn, beskyddare eller internaliserad förövare, men det finns många olika varianter. Delar kan ha olika stark förmåga att ta över kontrollen och att inte påverkas av andra delar. Vissa delar kan vara sammedvetna med någon eller några av de andra. Att vara sammedvetna innebär att delarna kan ”se” vad som händer när någon av de andra är framme och att de inte får minnesluckor efteråt. Det kan också finnas vänskap och fiendskap mellan olika delar och förmågan att samarbeta kan skilja sig åt.

Allt detta är exempel på saker som kan göra att inre system vid DID kan se ut på extremt många sätt, vad gäller inre organisation, roller, medvetenhet om varandra, samarbete och så vidare. Dessutom är vi ju olika som personer och de saker vi varit med om som format oss skiljer sig åt, vilket också påverkar delarna och systemet. Hur det är att leva med DID påverkas såklart av alla dessa saker, vilket kan göra att det kan upplevas på många olika sätt.

Hur svårt det är att leva med DID behöver inte bero på hur många delar det finns, och det är inte alltid så att en större sammedvetenhet eller ett bättre samarbete (eller integration) ökar funktionsnivån. Det kan vara möjligt att ha en hög funktionsnivå med DID just för att delarna håller sig skilda från varandra. DID kan också påverka en person så att livet blir i stort sett helt obegripligt och ohanterbart. Det kan vara till exempel på grund av minnesluckor i vardagen, att man inte har någon uppfattning om vad man har för historia, kaos som uppstår av flashbacks och andra symptom, eller att man inte har någon känsla av att veta vem man är.

DDNOS

Förkortningen DDNOS står för ”dissociative disorder, not otherwise specified”. Ibland uppfattas diagnosen som att den betyder ”nästan DID”, men den innebär bara att personen har en dissociativ problematik som inte har kunnat definieras. Antingen kan bristen på speci-

fikation bero på att tillståndet inte utretts tillräckligt, eller så beror det på att man inte fullt ut uppfyller kriterierna för någon av de diagnoser som finns. DDNOS kan alltså innebära att man nästan uppfyller kriterierna för DID, men det kan också innebära att man nästan uppfyller kriterierna för någon av de andra dissociativa diagnoserna. På svenska heter diagnosen ”ospecificerat dissociativt syndrom”.

Förkortningen kan lätt blandas ihop med DESNOS, som inte är en dissociativ diagnos utan en förkortning av ”disorder of extreme stress, not otherwise specified”, alltså ett tillstånd som beror på extrem stress.

Andra former av dissociation

Förutom att det finns något som kallas för ”ospecificerat dissociativt syndrom” finns det några tillstånd som klassas som ”andra specificerade dissociativa syndrom”. I den senaste versionen av diagnossystemet DSM är de syndrom som nämns:

* kroniska och återkommande syndrom med blandade dissociativa symptom
* identitetsstörning orsakad av långvarig, intensiv och tvingande övertalning (hjärntvätt och påverkan i sekter eller under tortyr är exempel på vad som ingår i detta)
* akuta dissociativa reaktioner vid starkt påfrestande händelser
* dissociativ trans (där personen kan förlora medvetenheten om omgivningen och sluta reagera på stimuli)

I det andra diagnossystemets senaste version, ICD-11, är transtillstånd en egen diagnos istället för att ligga under ”andra specificerade dissociativa syndrom”. Det finns dessutom ytterligare en dissociativ diagnos som rör trans; ”possession trance disorder”, som är en form av trans där personens vanliga identitet ersatts av en annan. Det är då en ”possessing identity” som har kontroll över personen. Det kan vara något som sker återkommande eller under en enstaka period som är minst några dagar lång.

Dissociation och psykos

Dissociation är inte psykos. Det verkar som att det för det allra mesta handlar om okunskap eller felbedömningar när dissociation ses som psykotiskt. Samtidigt finns det en överlappning av symptom. Hörselhallucinationer är till exempel vanligt både om man har DID och vid schizofreni. Det är dessutom vanligt att människor med psykos har dissociativa symptom, till exempel depersonalisering, derealisering och amnesi. Det har inte varit möjligt för forskare att skilja på själva symptomen när de kommer vid olika tillstånd och genom det avgöra om det handlar om dissociation eller psykos, vilket såklart gör överlappningen lite komplicerad.

Vid en jämförelse mellan schizofreni och DID har man kunnat se att dissociativa symptom vid schizofreni oftast är isolerade symptom som är del av en större kontext med vanföreställningar

och psykotiska symptom. Vid DID handlar det om ständiga eller återkommande symptom. Hallucinationerna vid DID handlar oftast om dialog mellan eller reaktioner från olika delar inuti, medan det vid schizofreni upplevs som något som kommer utifrån. Vid schizofreni kan man förlora känslan av identitet och av vem man är i samhället, medan man vid DID har en identitetsförvirring som istället handlar om att olika delar tar över och har olika identiteter.

Andra skillnader som gått att se är att dissociativa kan ha hallucinationer eller pseudohallucinationer (en typ av hallucinationer när man vet att det man upplever inte är verkligt) som rör flera olika sinnen, medan det är mindre vanligt vid psykos. Man har också sett att människor med DID bland annat på grund av det får högre poäng vid test för schizofreni, än människor som faktiskt har schizofreni.

Det går alltså att hitta skillnader, även om det vid en snabb överblick kan se ut som att problemen är väldigt lika, med till exempel hallucinationer, dissociativa symptom och identitetsförvirring.

Samtidigt är det ännu mer komplicerat än så. Personer med komplexa dissociativa tillstånd kan ha problem med verklighetsprövningen, vilket brukar ses som ett tecken på psykos. Det innebär alltså att veta vad som är på riktigt och vad som inte är det. Till exempel kan barndelar inuti vara helt övertygade om att det är ett annat

år och att kroppen är mycket mindre än den i själva verket är.

Det är inte alltid klart vad som ska räknas som dissociativa symptom och vad som istället ska räknas som psykotiska symptom. Till exempel kan invaderande symptom vid PTSD (till exempel flashbacks) definieras både som psykotiska och dissociativa.

Ett sätt att lösa förvirringen är att göra definitioner där orsaken till symptomen finns med, istället för bara symptomen. Ett tydligt exempel på det finns i teorin om strukturell dissociation. Genom en sån modell kan det bli begripligt att psykotiska symptom kan vara del av en dissociativ problematik, men jag vet inte om det löser problemet med överlappningen helt.

För att komplicera det hela ytterligare finns det något som kallas för dissociativ psykos. Det är inte detsamma som DID, vilket vissa verkar tro, utan en form av psykos med hallucinationer som är präglade av dissociation. Vid en dissociativ psykos verkar personen oftare kunna uppleva en dubbel verklighet än vid andra typer av psykoser.

Också kring dissociativa psykoser går definitionerna och tolkningarna isär. En dissociativ psykos verkar i stort sett motsvara det som tidigare kallats för hysterisk psykos. Det finns också något som kallas dissociativ schizofreni, där man istället tänker att det handlar om en undergrupp av schizofreni, som är väldigt färgad av dissociation. Eftersom definitionerna och

tankarna bakom dem sett olika ut och kommit vid olika tider är det ganska svårt att veta om det som beskrivs är flera olika psykotiska tillstånd eller bara flera sätt att se på samma sak.

Beror all dissociation på trauman?

Det är svårt att det finns så få tydliga definitioner. Vad ska räknas som dissociation? Är svaret att även normala former av avtrubbning ska räknas in är det lätt att se att all dissociation inte beror på trauman – självfallet kan man dagdrömma utan att vara traumatiserad. Väljer man istället att göra en definition av dissociation som utgår från att det är en traumareaktion så är det lika lätt att se ett svar, men då det helt motsatta svaret – att all dissociation beror på trauman eftersom dissociation är en reaktion på trauman.

För att göra det ännu värre finns det inte någon helt tydlig definition av trauma. Man riskerar därför att hamna i ett cirkelresonemang där en stressande händelse som lett till en dissociativ reaktion räknas som ett trauma just för att den lett till dissociation. Utifrån det kan man sen dra slutsatsen att dissociativa reaktioner alltid beror på trauman, men det är inte ett särskilt vettigt sätt att resonera.

Det de olika modellerna jag presenterat har gemensamt är att de ser hur olika typer av dissociation kan fungera som försvarsmekanismer för att skydda oss från att bli överväldigade av stark stress där vi upplever fara, hot och en utsatthet som är svår för oss att härbärgera. Dissociation

kan också ha andra orsaker, framför allt depersonalisation och derealisation som ofta är en del av en annan psykisk problematik, som till exempel panikångest eller depression, och som också kan bero på droganvändning. Olika typer av dissociativa symptom är väldigt vanligt vid akut stressyndrom, PTSD och komplex PTSD, vilket stämmer överens med uppfattningen att det kan handla om mekanismer som finns för att skydda oss vid överväldigande stress, oavsett om händelserna kan definieras som trauman eller inte.

Att uppleva dissociation

Både den här och den förra antologin handlar på olika sätt om hur dissociation kan upplevas, och jag har inte ambitionen att försöka tolka eller sammanfatta det som sagts i amdras texter och bilder. Men i arbetet med den förra boken frågade jag vad jag borde ta med i en text om vad dissociation är, och jag har gjort ett försök att sammanfatta och resonera lite kort utifrån de svar jag fick.

Skrämmande – speciellt när man inte får hjälp

Det är många som upplever dissociativa tillstånd som skrämmande. Kanske att dissociation framför allt är skrämmande när man inte vet vad det är man är med om, inte har ord för det och inte

har någon som förstår och kan hjälpa en att se vad det rör sig om.

Det kan också vara skrämmande att veta att man dissocierar, men att inte ha något sätt att bromsa det eller ta sig ur tillstånden. Kunskap räcker inte för att ta hand om hela den rädsla som symptomen kan skapa. Även om man förstår symptomen och varför de kommer kan det vara svårt att acceptera att man använder sig av dissociation som strategi vid olika tillfällen, kanske allra mest för att det inte är viljestyrt och för att man kan känna sig maktlös inför att det sker. Även om man förstår att det är strategier man en gång skapat för att man behövt dem, så kan de i nuläget bli ett stort problem som man är oförmögen att handskas med eller ha kontroll över.

Alla de här svårigheterna och all rädsla kan bli värre av att det är svårt att hitta hjälp. Även om kunskap om dissociation långsamt ökar är det en lång väg kvar innan man kan förvänta sig att dem man möter i vården har kunskap om och förståelse för vad dissociation är och vad man kan behöva för att handskas med dissociationen. Man blir också lätt feltolkad i vården eftersom det kan finnas en dissonans till exempel så att ens beteende säger en sak och ens ord en annan. Vid dissociativa tillstånd är det inte särskilt ovanligt att ens yta och ens inre inte stämmer överens, och vården borde ha kunskap om det och kunna se bortom det.

Upplever man det som att man befinner sig i ett skrämmande tillstånd som man är maktlös inför, som skapar stora problem i ens liv och som man känner att man måste ha hjälp med för att man inte kan hantera det, är det inte konstigt att det blir en extra börda när vården inte ens verkar förstå vad man säger. Det kan också skapa en hopplöshet att inte veta hur man ska komma vidare och hur det ska kunna bli bättre när man inte får någon hjälp.

Symptomen är inte farliga men behöver tas på allvar

De dissociativa tillstånden är inte farliga. Vissa kan vara det indirekt, till exempel eftersom självmordsrisken är mycket stor hos människor med DID, men inga dissociativa symptom är farliga i sig.

Får man fysiska symptom kan det hända att vården till en början tar dem på stort allvar, utreder, tar prover och så vidare. Har man till exempel dissociativa kramper är det bra att epilepsi utesluts, men att få beskedet att det inte är epilepsi och inte något farligt räcker inte. Man har symptomen för något man behöver hjälp med och dessutom kan man behöva stöd för att klara av att handskas med själva symptomen. Att när som helst kunna falla ihop och krampa, utan att förstå varför eller vad man kan göra åt det, är kanske svårare än att få besked att man har epilepsi. Epilepsi är trots allt något både man själv och andra hört talas om och där det är lätt att ta reda på vad det finns för olika behand-

lingsalternativ. Vårdens ord om att det inte är något fel på en räcker inte särskilt långt i praktiken, även om de såklart kan ha rätt i att man inte har någon neurologisk sjukdom.

Olika upplevelser

Det viktigaste att säga är kanske att dissociation kan upplevas på enormt många olika sätt och ofta skapar ett mycket stort lidande. För vissa känns det som en hjälp i att göra dissociation begripligt att ta med normala dissociativa tillstånd i förklaringen, som dagdrömmar. För andra känns det bara konstigt och som att det leder till en risk att ens problem bagatelliseras, inte tas på allvar eller fullt ut blir sedda. Om man inte kan få ihop sitt liv och lever med ett stort lidande på grund av dissociation är det ju något helt annat än att till exempel dagdrömma.

Jag själv har upplevt det som att begreppet dissociation och att dissociera är något som fler och fler hört talas om och tänker sig att de förstår vad det är, men att de då bara tänker på avtrubbningen; depersonalisation, derealisation, ”att försvinna bort” eller bli overklig. Det är ett av de dissociativa tillstånden, så det är ju inte fel att det är dissociation, men dissociation kan vara så mycket mer.

Jag tänker att den bilaterala modellens tankar kan spela roll här, för att vi ska få lättare att se att det finns både avtrubbning och avskärmning (kompartmentalisering) och att de sakerna skiljer sig åt. Även om det kan vara tungt, skrämmande och skapa funktionsnedsättningar att drabbas av långvarig depersonalisation så är det en helt annan sak än att leva med en dissociativ problematik där man har fler delar istället för ett helt jag, där man lever med ständiga minnesluckor och inte klarar att få ihop sin vardag eller sitt liv.

Det är viktigt att komma ihåg att det finns många olika tillstånd, och minst lika viktigt att veta att hur man upplever dissociationen kan skilja sig åt från person till person, även om man har samma diagnos.

Det behöver faktiskt inte vara så att en person med en allvarligare form av dissociation har en större funktionsnedsättning. Depersonalisation eller derealisation, som räknas som en relativt mild form av dissociation, kan göra att man blir oförmögen att upprätthålla relationer, ha meningsfullt innehåll i sitt liv, eller klara ett arbete. Det kan gå så långt att man blir helt isolerad om man inte får den hjälp man behöver. Samtidigt kan en person med DID ha hög funktion genom att det kan finnas olika delar som har hand om olika bitar av livet. Det kan till exempel gå bra att arbeta eftersom den del som gör det är helt omedveten om det traumatiska man varit med om. Avskärmningen (kompartmentaliseringen) kan vara väldigt funktionell.

Generellt sett är det större risk för att man har allvarligare funktionsnedsättningar ju svårare form av dissociation man lever med, men det jag vill säga är att det kan se väldigt olika

ut. Det är viktigt att lyssna till just den person du möter, försöka förstå hur dissociationen fungerar i hens liv, hur hen mår och vad hen behöver – oavsett om du är en vän, en partner eller en behandlare och oavsett vilken typ av dissociation det rör sig om.

Går det att behandla dissociation?

Dissociation är ju en rad olika tillstånd där orsakerna till symptomen skiljer sig åt. Vi som upplever dissociationen är också olika som personer. Därför är det inte samma behandlingar som kan hjälpa oss alla. Lider du till exempel av depersonalisation som en del av en depression eller en ångestproblematik kan dissociationen försvinna om grundtillståndet behandlas med medicin eller terapi. Beror dina symptom på en akut stressreaktion kan de gå över av sig själv. Har du en mer komplex problematik som beror på trauma kan du behöva terapi hos någon som förstår sig på trauma och dissociation. I terapi kan du få möjlighet att närma dig traumatiska minnen, andra delar inuti, lära dig nya sätt att handskas med det som är svårt och att handskas med alla känslomässiga reaktioner på det du varit med om. Det finns också en rad olika behandlingar där du kan få hjälp att försöka nå det som ligger bortom orden, till exempel musikterapi, bildterapi och olika typer av kroppsliga behandlingar.

Det är inte alltid det är möjligt att bli av med dissociationen helt, men det går att få hjälp

så att livet blir bättre. Den skräck och ovisshet som kan vara förknippad med symptomen kan lugna sig om man möter en behandlare som förstår vad det är man kämpar med. Det kan i sig göra att ens liv blir lättare. Dessutom är de olika dissociativa tillstånden förknippade med stress. Eftersom rädsla är en form av stress kan symptomen bli värre av just rädsla. Det går ju inte att sluta vara rädd bara för att man vill, men hittar du någon som är känns trygg och som förstår dina problem kan rädslan lugna sig och ibland lugnar sig även symptomen av det.

Är ni flera delar inuti kan det vara möjligt att integreras och bli bara en enda, men det är inte alltid det är möjligt eller önskvärt. Ibland kanske livet fungerar bättre om man fortsätter att vara flera och ibland är det helt övermäktigt för en enda att bära på alla minnen, tankar och känslor. Även om det är så betyder det inte att inget kan bli bättre eller att ni behöver finnas i ett ohanterbart kaos med ständiga bråk mellan olika delar. Med hjälp går det att hitta ett bättre samarbete, bli mer vänner med varandra inuti och fungera på ett annat sätt. Kanske blir ni också mer sammedvetna och får mindre problem med minnesluckor.

Det finns väldigt mycket att säga om olika behandlingsformer, så mycket att det skulle räcka för att skriva flera böcker. Det är böcker som bättre skrivs av någon annan än mig, så jag vill inte säga så mycket mer om behandlingar. Det som känns viktigast att säga är att det går att få

hjälp. Kanske kan dissociationen inte försvinna helt, men livet kan fungera bättre och du kan må bättre.

Ett av de svåraste stegen i att få behandling för dissociation är tyvärr att hitta någon som förstår sig på problemen, tar dem på allvar och har kunskap nog för att hjälpa. Det går sällan lätt. Men försök att inte ge upp om du befinner dig i en sån kamp. Det finns behandlare som har kunskap om dissociation och jag tror att de blir fler och fler. Förhoppningsvis hamnar du hos någon av dem till slut.

Källor och vidare läsning:
En förteckning av de källor jag använt mig av finns i slutet av boken.

Vill du läsa mer om dissociation finns det boktips, länkar till bloggtexter, artiklar och liknande i *Länksamling – texter om dissociation* som du hittar på adressen regnlund.se/dissociation

Jag vill också rekommendera ett stafettkonto som finns på instagram, där olika människor som själva upplever eller har upplevt dissociation delar med sig av sina tankar och erfarenheter. Det heter *Om dissociation* och du hittar det på adressen instagram.com/om.dissociation

Den här texten finns som pdf för den som vill kunna dela den. Du hittar den på
regnlund.se/regnlund-dissociation.pdf

Föregående sida:
Tre vänner i dimma
Vera Nygren

Källor till texten "Vad är dissociation?"

Olika modeller för att förstå dissociation

Ett dissociativt spektrum

Informationen är framförallt hämtad från kapitel 2 och 4 i

> *”The Stranger in the Mirror”* av Marlene Steinberg, M.D. och Maxine Schnall. Boken är utgiven 2000 av HarperCollins och har ISBN 0-06-019564-9.

Beskrivningen av det dissociativa spektrumet som olika grader på en skala är ett referat av

> ”The Continuum of Dissociation” som finns i artikeln
> *”The BASK Model of Dissociation”* av Bennett G. Braun, M.D.
> Artikeln publicerades i ”Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders” i mars 1988.

Avtrubbning och avskärmning

Informationen om den bilaterala modellen är hämtad från artikeln

> *”Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications”* av Emily A. Holmesa,

Richard J. Brownc, Warren Manselld, R. Pasco Fearone, Elaine C.M. Hunterf, Frank Frasquilhoe och David A. Oakleyg. Artikeln publicerades i ”Clinical Psychology Review 25” 2005.

Strukturell dissociation

Informationen om strukturell dissociation är framför allt hämtad från del 1 i *”The Haunted Self – Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization”* av Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis och Kathy Steele. Boken är utgiven 2006 av W. W. Norton & Company och har ISBN 0-393-70401-7.

Och till viss del från kapitel 5 i *”Vi är våra relationer – Om anknytning, trauma och dissociation”* av Tor Wennerberg. Boken är utgiven 2010 av Natur & Kultur och har ISBN 978-91-27-11817-1.

Andra modeller

Informationen är hämtad från kapitel 4 i *”Psykoterapi vid dissociativa störningar”* av Anna Gerge (red.). Boken är utgiven 2010 av Insidan och har ISBN 978-91-978659-1-3.

Dissociativa tillstånd och diagnoser

I avsnittet om dissociativa tillstånd och diagnoser har jag framförallt använt mig av följande:

DSM-5 genom *”Mini-D 5 – Diagnostiska kriterier enligt DSM-5”* av American o Psychiatric Association. Boken är utgiven 2014 av Pilgrim Press och har ISBN 978-91-980079-1-6.

ICD-10 genom *”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning Svensk version 2019”* av WHO. Hämtad från Socialstyrelsens hemsida http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10 Sidan är besökt under mars 2019.

ICD-11 genom *”ICD-11 International Classification of Diseases – 11th Revision The global standard for diagnostic health information”* av WHO genom deras *”ICD-11 Coding Tool”* på hemsidan https://icd.who.int/ct11_2018/icd11_mms/en/release#/ Sidan är besökt under mars 2019.

Natur & Kulturs Psykologilexikon på hemsidan https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/ Sidan är besökt under mars 2019.

Depersonalisation och derealisation

Här har jag dessutom använt
”Feeling Unreal –Depersonalization Disorder and the Loss of the Self” av Daphne Simeon, MD och Jeffrey Abugel.
Boken är utgiven 2006 av Oxford University Press och har ISBN 978-0-19-538521-2.

Dissociativ stupor

Här har jag dessutom använt artikeln
”Dissociative Stupor” på hemsidan GoMentor: https://www.gomentor.com/articles/dissociative-stupor
Sidan är besökt under mars 2019.

Dissociativ identitetsstörning

Här har jag dessutom använt kapitel 4 i
”The Haunted Self – Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization” av Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis och Kathy Steele.
Boken är utgiven 2006 av W. W. Norton & Company och har ISBN 0-393-70401-7.

Dissociation och psykos

Här har jag dessutom använt kapitel 7 i
”Psykoterapi vid dissociativa störningar” av Anna Gerge (red.).
Boken är utgiven 2010 av Insidan och har ISBN 978-91-978659-1-3.

Och kapitel 6 i
”The Haunted Self – Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization” av Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis och Kathy Steele.
Boken är utgiven 2006 av W. W. Norton & Company och har ISBN 0-393-70401-7.

Och ”Table 3.1” i
”The dissociative identity disorder sourcebook” av Deborah Bray Haddock, M.Ed., M.A., L.P.
Boken är utgiven2001 av McGraw Hill och har ISBN 0-7373-0394-8.

Och artikeln
”Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?” av Andrew Moskowitz, Ph.D. och Dirk Corstens, M.D.
Artikeln publicerades i *”The Journal of Psychological Trauma”* 2007.

© Copyright 2020
Föreningen Om dissociation

Omslagsbild: Vera Nygren
Logotyp: Jessica Anerfält
Övrig grafik och layout: Linnéa Regnlund
Typsnitt: Adobe Hebrew

Varje upphovsperson har copyright till sin text eller bild. För att komma i kontakt med en upphovsperson kan du skicka e-post till:
antologiprojektet@gmail.com

ISBN: 9789179696221
Förlag: BoD – Books on Demand,
Stockholm, Sverige
Tryck: BoD – Books on Demand,
Norderstedt, Tyskland

dissociation.nu
instagram.com/antologiprojektet
facebook.com/antologiprojektet

Våga läka är den andra antologin i en serie av böcker om dissociation. De texter och bilder som finns i boken är skapade av människor som själva upplevt dissociation, ofta på grund av svåra eller upprepade trauman. Bidragen till den här boken är skapade utifrån tre olika teman:

* Vad är det att läka?
* Att hitta vägar till samarbete och läka när man är flera inuti
* Att gå vidare efter läkning

Trots att många lever med, kämpar med och behöver förståelse för de dissociativa tillstånd de befinner sig i är kunskapen om dissociation fortfarande dålig. Dissociation kan se ut på många olika sätt och innebära allt från overklighetskänslor till att man lever med flera olika delar eller personligheter inuti. Med de här antologierna hoppas vi öka förståelsen för olika former av dissociation och för olika delar av en möjlig läkningsprocess.

Det här är en bok av dissociativa, för alla som är intresserade av dissociation. En bok med värdefulla och starka texter för dig som själv dissocierar, har någon i din närhet som gör det, som jobbar med dissociativa, eller som bara vill lära dig mer om dissociation.

Den första boken i serien var Splittrade själar, som kom 2019. Nästa bok i serien planeras komma under 2021.

9 789179 696221

VÅGA LÄKA Om dissociation – en antologi 2020

VÅGA LÄKA

Om dissociation
en antologi 2020

antologi-projektet