

Trukket tilbake: Dissosiativ identitetsforstyrrelse: Spiller noen skuespill?

Pasienter kan simulere diagnosen DID og overspille for å få oppmerksomhet eller omsorg. Det kan skjule de virkelige lidelsene og behovene de har.

Kathrine Benedikte Larsen

Psykiatrisk sykepleier

- Psykisk helse
- Psykisk lidelse
- Psykosomatikk
- Dissosiativ identitetsforstyrrelse

Sykepleien 2020 108 (81581) (e-81581)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.81581

Hovedbudskap

Noen ganger er gevinsten ved lidelse så stor at noen later som om de er syke. Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) er en diagnose som ofte simuleres. Det å tro på DID betyr å ignorere pasientens virkelige lidelse og behov. Fritt sykehusvalg og brukermedvirkning er lite hensiktsmessig for pasienter som simulerer. Innleggelser kan derfor ofte være kontraindisert.

Det å være syk er ikke alltid bare en ulempe. Sykdom kan gi oss sekundærgevinster i form av omsorg, oppmerksomhet, goder og fritid.

De fleste kjenner seg igjen i det lille barnet som ikke vil gå på skolen, og som plutselig får veldig vondt i magen, eller som overdriver smerten når det faller og slår seg. Trøst og oppmerksomhet føles godt. Noen mennesker har lært at det bare er ved sykdom de får oppleve dette.

Simulering av lidelse, også kjent som Münchausen, eksisterer i beste velgående og er et kjent fenomen (1-3). ICD-10 betegner simuleringslidelse som en viljestyrt produksjon av fysiske eller psykiske symptomer, eller dysfunksjon (4).

Pasienten simulerer symptomer uten åpenbar grunn og kan eksempelvis påføre seg selv skade for å fremskaffe disse symptomene. Motivasjonen er uklar, men antakelig indrestyrt og med den hensikten å komme i sykerollen eller forbli i den (4).

Mange overdriver sine lidelser

Psykisk sykdom er intet unntak. Det anslås at mellom 6 og 8 prosent av pasientene som er innlagt i psykiatrien, enten overdriver eller finner opp sine lidelser (3).

Diagnostisering av psykisk sykdom er basert på skjønn og subjektiv vurdering. Ingen biologiske markører i blodprøver eller røntgen kan fortelle deg at du har schizofreni.

Samtidig profileres psykiske lidelser på høyt nivå i mediene. Vi tiltrekkes av galskap og lar oss fascinere av det absurde og unormale. Denne overdrevne åpenheten skaper massiv oppmerksomhet som kan føre til romantisering og smitteeffekt.

Hva er en dissosiativ lidelse?

Dissosiative lidelser innebærer avkopling av erfaringer, følelser og kroppslige minner som ikke har vært til å tåle (5). Det hevdes at 2–14 prosent av dem med dissosiative lidelser simulerer (6). Om lag 1–1,5 prosent av verdens befolkning har dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID, Dissociative Identity Disorder) (7).

DID ble tidligere kalt multippel personlighetsforstyrrelse eller spaltet sinn. Diagnosen kjennetegnes av en tydelig sameksistens av to eller flere separate personligheter i samme individ, men bare én er til stede om gangen (5).

Pasienter beskriver at de «kopler ut» bevisstheten eller «svitsjer» personlighet. DID er en svært omdiskutert lidelse, og de lærde strides om hvorvidt den eksisterer i det hele tatt. Noen mener den er hysterisk oppspinn (8).

Andre mener DID er en autentisk diagnose som er klagjørende for å kunne sette ord på noe som har eksistert lenge (9, 10).

Kan vi stole på DID-diagnosen?

Blant psykiske lidelser er DID den diagnosen som oftest simuleres, sammen med psykose, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og suicidalitet (11). Flerparten av dem med DID (31–83 prosent) har også emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) (1–3).

EUPF er forbundet med et intenst og svingende stemningsleie, oppmerksomhetssøkende atferd, relasjonsproblemer og selvskading. Gjennom ti år som psykiatrisk sykepleier har jeg møtt svært mange EUPF-pasienter som sier at de dissosierer eller har DID.

«Jeg tror at DID-diagnosen kamuflerer en mer alvorlig patologi.»

Denne erfaringen gjør at jeg må sette spørsmålstegn ved DID-diagnosens troverdighet. Det er ikke fordi jeg ikke tror at pasientene lider, men fordi jeg tror at DID-diagnosen kamuflerer en mer alvorlig patologi. Ikke overraskende fant jeg sterk korrelasjon mellom EUPF og simuleringslidelse (1–3, 11, 12).

Finnes virkelig diagnosen DID?

Det er trist å se at noen pasienter må overdrive eller spille for å få vår oppmerksomhet og omsorg. Hvorfor er det slik at sykdom noen ganger blir det eneste våpenet man har til rådighet i kampen for å hevde seg i livet?

Hvorfor er det «attraktivt» å være syk? Kan det være at samfunnet skaper pasienter eller opprettholder lidelse? I denne artikkelen belyser jeg dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) og simuleringslidelse. Spørsmålet om DID virkelig finnes, diskuteres.

Jeg kommer også inn på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) og hysteri. Hensikten er å vise at disse fenomenene kan gå over i hverandre og forsterkes i søken etter omsorg, oppmerksomhet eller det som mangler i livet.

DID er en alvorlig lidelse

DID er en kontroversiell og alvorlig lidelse. DID-pasienten huser angivelig flere personligheter inni seg, og hver personlighet har sin egen hukommelse, atferd og preferanser.

Vekslingen fra en personlighet til en annen skjer gjerne i forbindelse med traumatiske hendelser eller inntreffer under behandlingssesjoner som inneholder avslapning og hypnose (4).

Årsaken til DID er mest sannsynlig traumer som følge av seksuelt misbruk i barndommen. Barnet lot som om misbruket skjedde med andre enn seg selv, splittet opp personligheten og «ble en annen» (9).

DID-pasienter beskriver en stor usikkerhet rundt hvem de er, og om de i det hele tatt er noen. Uforklarlige huller i hukommelsen er også vanlig.

Er DID og EUPF vår tids hysteri?

Hysteri var lenge en av de mest vanlige kvinnesykdommene og kan spores tilbake over 1000 år. Kjennetegn på hysteri var sykelig tvil og grubling, fobier, alkoholisme, pyromani, kleptomani, selvmordsforsøk, perverse drifter, promiskuitet, anfall og lammelser (6, 7).

Mange av disse symptomene er gjenkjennende hos både EUPF- og DID-pasienter. Splittet personlighet var også tidligere et symptom på hysteri (6).

Manglende utdanningsmuligheter og et strengt viktoriansk regime skapte sinne og selvforakt hos kvinner. Hysteriet ble dermed et forkledd, men sosialt akseptert uttrykk for innestengte følelser.

Både historikere og forskere innen DID hevder at tidligere hysterikere i dag har gjenoppstått som pasienter med personlighetsforstyrrelser (13, 14).

Medienes fremstilling fører til økning

Det å skifte personlighet, for eksempel plutselig begynne å snakke og oppføre seg som et barn, kan naturlig nok virke fascinerende på mange. Derfor har diagnosen i likhet med hysteriet gjennom tidene stadig blitt portrettert på film, talkshow og blogger, noe som har gitt den mye oppmerksomhet, og har bidratt til en smitteeffekt (15, 16).

I 1976 kom filmen *Sybil*, basert på en sann historie. Sybil ble verdens mest kjente psykiatriske pasient, og filmen vant fire Emmy-priser. Sybil var blitt seksuelt misbrukt som barn, og hun hadde angivelig diagnosen DID (7).

Frem til filmen kom var det svært få som snakket om DID, diagnosen var kun nevnt som en underkategori av hysterisk nevrose. Etter *Sybil* eksploderte DID som diagnose. Feminister, fundamentalister og en stor andel av det psykiske helsevesenet gikk med hud og hår inn i «The Sybiling of America» (7).

Fra 1985 til 1995 ble 40 000 amerikanere, flesteparten kvinner, diagnostisert med DID. Det viste seg til slutt at Sybil var en briljant skuespiller og hysteriker (7).

Det hevdes i boken *Creating Hysteria* at terapeuter regelrett begikk overgrep mot sine pasienter (7). Alle ville ha «sin egen» DID-pasient. Pasient- og terapeutforholdet ble beskrevet som en skummel berg-og-dal-bane, der DID ble skapt i en uheldig symbiose, og falske minner om overgrep ble hentet frem, gjerne under hypnose (7).

Skeptisismen vokser frem

Etter hvert kom DID-skeptikerne på banen. Det viste seg at svært få mørkhudede hadde DID, til tross for at mer enn dobbelt så mange av dem har blitt utsatt for seksuelle overgrep (17).

En gjennomsnittlig DID-pasient på 80-tallet var tvert imot en hvit, nordamerikansk kvinne. Hun lot seg lett hypnotisere og hadde ofte komorbide lidelser som depresjon og EUPF (7).

DID-pasientene hadde alvorlige selvmordsforsøk bak seg, de var oppmerksomhetssøkende og manipulerende samt kunne mane frem den mest passende personligheten i enhver situasjon. Samtidig sto flere ekspasienter frem og fortalte at de simulerte.

På dette tidspunktet var en hel psykiatriprofesjon i krig med seg selv (7, 14, 18). Forsøk på skadebegrensning begynte: I 1992 ble False Memory Syndrome Foundation stiftet. Fagmiljøer hevdet at falske minner hadde blitt hentet frem i altfor stor skala (7). Familier ble ødelagt grunnet falske anklager om incest.

I 1994 ble diagnosen multippel personlighetsforstyrrelse endret til DID i det amerikanske diagnoseverktøyet The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Årsaken var å avmystifisere diagnosen, som ut fra sitt opprinnelige navn betydde at en person hadde flere forskjellige personer inni seg.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation vedtok nye retningslinjer: Terapeutene skulle forholde seg nøytral til traumeminner for å begrense forsterkningen mellom pasienten og behandleren gjennom begeistring, oppmerksomhet og sympati. Resultatet var at antallet DID-tilfeller ble færre, og omtrent halvparten av avdelingene for DID i USA ble stengt (3, 7).

Hvorfor er det attraktivt å være syk?

Roller som syk kan som nevnt gi mange privilegier og fordeler samt fylle ubevisste behov. Slike behov kan være hvile, slippe å jobbe eller få hjelp, støtte og omsorg fra andre (19).

Det kan også ligge under et ønske om å være spesiell, få oppmerksomhet og sympati, slippe ansvar og forventninger, eller følelsen av kontroll. Andre simulerer som uttrykk for sinne, hevn og avvisning, for å fylle et tomrom eller for å dekke regressive behov.

Felles for mange som simulerer, er at de sliter med å håndtere identitetsproblemer og leter etter måter å kompensere for lav selvfølelse på (2, 3, 5). Nitti prosent av pasienter som simulerer, føler seg nedprioritert i livet. Sykerollen kan tilby disse personene et avbrekk der de får lov til å regredere til et barnlig stadium, der det å motta ubetinget omsorg og pleie er den eneste oppgaven deres (3).

Simulering av sykdom er en bevisst handling; pasientene er klar over at de lyver, men ubevisste motiver driver dem til det. Pasienter beskriver en avhengighet eller tvangsmessig atferd ved at de ikke klarer å stoppe trangen til å lyve (2, 3, 5).

Pasientene som simulerer, har med seg en lærdom om at de kun får omsorg fra helsearbeidere når de er syke. Deres genuine smerte er likevel til stede og bør anerkjennes. For det å spille syk er alvorlig og ekstrem patologi og skaper stor lidelse hos pasienten og de pårørende (2, 3).

Hvordan kan vi avsløre simulering av DID?

Grunntanken er at helsepersonell skal stole på pasienten. Sykepleieren er pasientens advokat, og vi skal lindre og trøste. Vi er blinde for muligheten for at vi blir forrådt (2). Å avsløre simulering er svært vanskelig, og vi må trå varsomt dersom en konfrontering skal skje (3, 15).

Et mønster som ofte viser seg hos EUPF-pasienter som er innlagt over lengre tid, er at de raskt tilegner seg kunnskap om nye diagnoser (8).

De googler symptomer, leser romaner som omhandler psykiatri, observerer og blir kjent med andre pasienter og er lett påvirkelige. I denne fasen er det ikke uvanlig at pasientene regrederer og presenterer symptomer som før har vært fraværende.

«Symptomene er gjerne påfallende og mer til stede når pasienten vet at personalet observerer dem.»

Erfaringsmessig kan disse symptomene være av dissosiativ karakter, eller pasienten oppgir plutselig å høre stemmer. Symptomene er gjerne påfallende og mer til stede når pasienten vet at personalet observerer dem. Dette mønsteret kan tyde på simulering (3).

En ekte DID-pasient vil både føle skam og kvie seg for å fortelle om sine symptomer. Disse pasientene vil helst ikke promotere at de har diagnosen, og langt mindre blogge om den. Tvert imot vil en ekte DID-pasient gjøre mye for å skjule diagnosen fra omverdenen, samtidig med at skiftene mellom personligheter er subtile, det vil si vanskelige å oppfatte for andre (16).

Varsellampene bør også lyse når pasienten har høy grad av oppmerksomhetskrevende atferd, og der det kan virke som om pasienten bruker diagnosen for å få dekket dette behovet.

Likedan må helsepersonell være oppmerksomme når det er åpenbare fordeler i sikte for pasienten, der diagnoser kan hjelpe til med å oppnå disse. Beleilige skifter i personlighet kan bety at pasienten har en agenda (16).

Enkelte traumeforskere hevder at noen av pasientens personlighetsdeler er «kampdeler» som er sårbare, sinte og tøffe. Det er disse «kampdelene» som selvskader og utagerer, og er egentlig budskap fra de traumatiserte personlighetsdelene, og ikke personen selv.

Gjennom forståelse for pasientens opplevelser kan empati for handlingene fremmes (10). Andre vil hevde at slike grunner til utagering er ansvarsfraskrivelse.

Kartleggingstester kan avsløre simulering

Det finnes kartleggingstester som er utformet for å avdekke simulering eller overdrivelse av psykiske lidelser. SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms) er en av dem. SIRS ble anvendt i en studie for å avdekke hvordan ekte DID skiller seg fra simulert DID (20).

Førtini DID-pasienter ble sammenliknet med 77 personer som ble bedt om å simulere DID. Simulantene ble eksponert for DID-materiale på film og internett. Den beste skuespilleren skulle få 50 dollar. Bare 32,5 prosent av simulantene ble «avslørt», noe som kan bety at det ikke trenger å være vanskelig å simulere DID (20).

«De som simulerer, har et stort behov for profesjonell hjelp.»

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) er en liknende kartleggingstest anvendt i en annen studie. Her kunne ekte DID-pasienter lett skilles fra dem som ble bedt om å simulere. Denne studien utfordrer synet om at DID bare er skuespill (21).

Tidlig gjenkjenning og intervensjon er viktig for å oppdage simulering, og bevisene må være entydige (5). De som simulerer, har et stort behov for profesjonell hjelp. De søker hjelp, men for feil lidelse. Det må identifiseres hvorfor det ble viktig for dem å simulere (15).

Erfaringsmessig kan det komme gode ting ut av en konfrontasjon, men allianse og tillit må alltid først være til stede. Pasienten bør roses for innrømmelse og ærlighet og trygges på at man ikke blir sint og «forlater» pasienten. Psykiske helsearbeidere bør også tidlig i pasientforløpet tematisere og ufarliggjøre at det er lett å bli forført av sykerollen (5, 15).

Kan pasienter som simulerer, bli friske?

Ekspertene hevder at man i beste fall kan håpe på en reduksjon i alvorlighetsgraden, eller færre tilfeller av simulering, men de tror ikke at det finnes en kur (3, 11). Pasienten vil svært sjelden innrømme simulering (1, 2).

Utfordringen blir å finne nye måter å kanalisere sitt umettelige emosjonelle behov på og få oppmerksomhet på en sunn og akseptert måte. Trangen og impulsen til å lyve sitter i (3, 5). Det er viktig med sosial rehabilitering, da pasientens nettverk ofte er «brukt opp».

Vellykkede behandlingsforløp viser dog at det er mulig å gå fra å være offer til å bli en overlever. Det fordrer et nært samarbeidende team rundt pasienten, der åpenhet er sentralt. Behandlingsplanen kan innebære ukentlige timer med en psykiatrisk sykepleier.

Timen avlyses dersom selvskading eller simulering forekommer. Brev med informasjon om pasientens tilstand kan sendes ut til nærliggende sykehus dersom pasienten samtykker (3).

Vær kritisk og nøytral overfor pasienten

Dersom angivelige DID-pasienter er innlagt, er det viktig å isolere dem fra påvirkninger og fra andre DID-pasienter (3, 14). En kritisk og nøytral holdning er essensielt, og vi må vokte oss for å bli overinvolvert (8, 16).

Grunntanken er at vi aldri aktivt skal forholde oss til pasientens personlighetsdeler, men betrakte vedkommende som en hel og ansvarlig person – ikke trøste barnepersonligheten, ikke vise fascinasjon og ikke prøve å «vekke» pasienten som dissosierer, da det kun vil virke positivt forsterkende (3, 7, 19, 22). Heldigvis er det relativt bred enighet om denne tilnærmingen i psykisk helsevern i Norge.

Det finnes neppe en diagnose som skaper så mye strid, og som er så følelsesladd som DID.

Oppblomstring av DID vil ifølge enkelte forskere alltid forekomme i perioder, gjerne utløst av en bok, film eller nyfrelste terapeut (22).

Kritikere sammenlikner DID med et «trossystem» som ikke er tuftet på vitenskap i det hele tatt. Å tro på DID betyr å ignorere pasientens virkelige lidelse og behov (14, 17, 22).

Skaper samfunnet pasienter?

Kan samfunnet ha skylden for at noen vegrer seg for å bli friske? Ifølge den sosiokognitive modellen kan DID-symptomer læres gjennom kulturelle og sosiale roller som endres underveis i takt med samfunnets forventninger og hva man kan oppnå (7).

Skårderud (23) omtaler i den forbindelsen «motelidelser», som skapes der pasienter jakter på forklaringer til sine ymse lidelser, og der leger jakter på pasienter. Dersom samfunnet og kulturen i tillegg støtter og bekrefter pasienten, kan diffuse symptomer slå rot og formere seg (23).

«Grensene for psykisk sykdom viskes stadig mer ut.»

Dette søkelyset på sykdommen er overførbart til dagens overdose av åpenhet rundt psykiske lidelser, som kan føre til romantisering og smitteeffekt. Vi må vokte oss for dette. Grensene for psykisk sykdom viskes stadig mer ut.

Inflasjon av diagnoser som kanskje representerer normal atferd, fører til overbehandling og sykelliggjøring. Det kan hende at dissosiasjon i mange tilfeller speiler normalitet (22).

Innleggelser er kontraindisert

Sykepleiere er i en spesialposisjon for å observere simulering siden vi «overvåker» pasienten døgnet rundt (5, 11). Samtidig gjør det oss ekstra sårbare. Erfaringsmessig er det ikke uvanlig at miljøer splittes i synet på hvorvidt pasienten simulerer eller ikke.

Simulering kan naturlig nok også skape mye sinne. Det er lett å tenke at pasientene som simulerer, ikke fortjener hjelp – at de er håpløse, eller at de ikke lider, noe som er en feiloppfatning (3, 5).

Det bør derfor være en selvfølge med takhøyde for å luften følelser, men det skjer i varierende grad i psykisk helsevern. Fritt sykehusvalg og brukarmedvirkning kan også bidra negativt.

Det pasienten mener er best for seg selv, er ikke alltid tilfellet. Mange innleggelser er derfor ofte ut fra min erfaring kontraindisert, da de gir grobunn for å dyrke overdiagnostisering, vedlikehold og simulering av lidelse.

Konklusjon

Simulering av lidelse eksisterer i beste velgående, men psykisk helsevern er muligens ikke oppmerksomt nok på dette. Ved å ha simulering på dagsordenen kan vi unngå å kamuflere pasientens virkelige lidelse og behov.

Det er en sterk sammenheng mellom pasienter med EUPF og pasienter med simuleringslidelse. Begge diagnosene kjennetegnes av et patologisk behov for oppmerksomhet, rotløshet, selvskading, kriminelle utspill, dårlig impuls kontroll og manglende konsekvenstenkning.

Vi vet også at EUPF forekommer hyppig sammen med DID. EUPF-pasienter er ofte drevet av et ønske om å bli sett, og søker stadig etter noe som kan definere dem. Det kan være at DID er en dramatisk måte å prøve å bli sett på, og at disse symptomene kun er flere sider av samme sak.

DID-diagnosen har stor sjanse for å bli overdiagnostisert og simulert. Sykdom gir sekundærgevinster, og for noen er det attraktivt å være syk og innlagt i psykiatrien. Fritt sykehusvalg og brukarmedvirkning er ikke hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

Referanser

1. Feldman MD, Ford CV, With TR. Patient or pretender. Inside the strange world of factitious disorders. Canada: John Wiley & Sons; 1994.
2. Feldman MD. Playing sick? Untangling the web of Munchausen syndrom, Munchausen by proxy, malingering and factitious disorder. England: Routledge; 2013.
3. Feldman MD, Yates GP. Dying to be ill. True stories of medical deception. New York: Routledge; 2018.
4. Direktoratet for e-helse / Verdens helseorganisasjon. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Oslo: Direktoratet for e-helse / Verdens helseorganisasjon; 2019. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer> (nedlastet 23.06.2020).
5. Hamilton JC, Feldman MD, Cunniën MD. Factitious disorders in medical and psychiatric practices. I: Clinical assessment of malingering and deception. Rogers R, Bender SD, red. New York: Guilford Publications; 2018. s. 212–35.
6. Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. Am J Psychiatry; 2000 juni;157(6):1012–3.
7. Acocella, J. Creating hysteria. Women and Multipel Personality Disorder. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
8. Aldridge-Morris R. Multiple Personality Disorder. An exercise in deception. London: Lawrence Erlbaum Associates; 1989.

9. Anstorp T, Benum K. Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
10. Fisher J. Behandling av oppsplittet personlighet etter kronisk traumatisering. I: Anstorp T, Benum K. Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014. s. 249–73.
11. Adetunji B, Basil B, Mathews, M, Williams A, Osinowo T, Oladinni O. Detection and management of malingering in a clinical setting. Primary Psychiatry. 2006;13(1):61–9.
12. Caselli I, Poloni N, Ielmini M, Diurni M, Callegari C. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5. Psychology Research and Behaviorist Management. 2017;10:387–94.
13. Libbrecht K. Hysterical psychosis. A historical survey. 1. utg. New Jersey: Transaction Publishers; 1995.
14. McHugh P. Resolved: Multiple Personality Disorder is an individually and socially created artifact. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34(7).
15. Brick SS, Chu JA. The simulation of multiple personalities: a case report. Psychotherapy. 1991;28(2):267–73.
16. Bækkelund H, Berg AO. Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I: Anstorp T, Benum K. Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
17. Piper A. Multiple Personality Disorder: witchcraft survives in the twentieth century. Sceptical Inquirer. 1998;22(3).

18. Bass E, Davis L. The courage to heal. A guide for women survivors of child sexual abuse. London: Ebury Publishing; 1989.
19. McHugh P, Putnam F. Dissociative Identity Disorder: debate by Putnam and McHugh: Iatrogenic or PTSD? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34(7):957.
20. Brand BL, Tursich M, Tzall D, Loewenstein RJ. Utility of the SIRS-2 in distinguishing genuine from simulated Dissociative Identity Disorder. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2014;6(4):308–17. DOI: [10.1037/a0036064](https://doi.org/10.1037/a0036064)
21. Brand BL, Chasson GS. Distinguishing simulated from genuine Dissociative Identity Disorder on the MMPI-2. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2015;7(1):93–101. DOI: [10.1037/a0035181](https://doi.org/10.1037/a0035181)
22. Frances AJ. Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: Harper Collins Publishers; 2013.
23. Skårderud F. Uro. En reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug; 1998.