

# Endring i aggresjon som følge av behandling for spiseforstyrrelse

*Endringer i aggresjonsnivå på Rorschach-  
og PAI-variabler etter seks måneders  
terapeutisk behandling*

Siri Fors Haugen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

24.10.2012



# **Endring i aggresjon som følge av behandling for spiseforstyrrelse**

Endringer i aggresjonsnivå på Rorschach- og PAI-variabler etter seks måneders terapeutisk behandling

© Siri Fors Haugen

År: 2012

Tittel: Endring i aggresjon som følge av behandling for spiseforstyrrelse

Forfatter: Siri Fors Haugen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Forfatter: Siri Fors Haugen, 2012

Tittel: Endring i aggresjon som følge av behandling for spiseforstyrrelse. Endringer i aggresjonsnivå på Rorschach- og PAI-variabler etter seks måneders terapeutisk behandling.

Veileder: Cato Grønnerød, Førsteamanuensis, Psykologisk institutt, UiO

Spiseforstyrrelser regnes blant en av de mest rådende offentlige helseproblemene (Rothschild, Lacoua, Eshel & Stein, 2008). Aggresjon har vist seg å være en viktig faktor i utviklingen av og gangen i en spiseforstyrrelse, spesielt passiv aggresjon (Poikolainen, Kanerva, Marttunen & Lönnqvist, 2001; Mitto et al., 2003). Formålet med dette prosjekt var å dokumentere eventuell endring hos pasienter i behandling for spiseforstyrrelser ved områdepoliklinikk for spiseforstyrrelser avdeling Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst. 11 deltakere med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose fikk administrert Rorschach-metoden og PAI-testen i to omganger med et retest-intervall på seks måneder. Mellom testtidspunktene fortsatte deltakerne i en allerede påbegynt behandling. Behandlingen er basert på en dynamisk grunnmodell, andre intervensjoner utover den enkeltes behandling ble ikke gjort. Ingen av analysene ga signifikante resultater. Rorschach-metoden viste tendenser som samsvarte med hovedhypotesen, en verdiøkning i AGM- og AGC-variablene og en nedgang i verdiene på MOR- og MAP-variablene ved andre testing. PAI-testen viste også tendenser i samsvar med hovedhypotesen, med en verdinedgang på samtlige variabler ved andre testing. Undergruppen anoreksi viste tendenser som samsvarte med underhypotesen, og endringer i tråd med hovedhypotesen. Utover dette var det ingen resultater som viste tendenser i samsvar med hypotesene. Undergrupperesultatene gjenspeiler unike individer med unike individuelle forskjeller, individuelt tilpasset behandling fremstår fordelaktig for denne kliniske gruppen.



# Forord

Forarbeidet til dette prosjektet startet i november 2010, med utgangspunkt i å se på endringer etter ett år terapeutisk behandling. Prosessen med å få prosjektet innmeldt og etisk godkjent var veldig forvirrende og tok lang tid. På NSD sto sin hjemmeside det per 21.01.2011 at kun REK skulle søkes for helsefaglig forskning. Vi forholdt oss til dette, og søkte REK i mars 2011. I slutten av mai 2011 fikk vi beskjed om at vi likevel ikke trengte godkjenning fra REK. I midten av juni 2011 ble prosjektet meldt inn hos NSD med lovnad om rask behandlingstid i form av et par dager. I mellomtiden fikk vi beskjed fra OUS om at prosjektet måtte innmeldes der også. I slutten av juni fikk vi godkjenning fra NSD med en uttalelse om at prosjektet ikke skulle meldes inn til OUS «Dette er et forskningsprosjekt hvor Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon. Universitetet i Oslo benytter NSD som personvernombud. Prosjektet skal følgelig meldes til NSD ikke til personvernombud ved Oslo Universitetssykehus». Dette ble formidlet til OUS, men i midten av august 2011 fikk vi beskjed fra OUS at jeg ikke fikk bruke pasienter innenfor OUS hvis prosjektet ikke ble innmeldt der også. Dermed ble prosjektet meldt inn til personvernombudet ved OUS 20.08.2011 med lovnad om rask behandlingstid. OUS var på den tiden midt i en omorganisering av sitt personvernombud, dermed ble ett av skjemaene vi sendte inn borte, og prosjektet ble ikke godkjent før 31.10.2011. Rekrutteringen startet umiddelbart etter mottatt godkjenning, etterfulgt av første runde med testing i desember 2011 og januar 2012. På grunn av uforutsett lang tid for å få prosjektet godkjent, og fordi noen deltakere trakk seg før prosjektet begynte, ble antall deltakere og retest-intervall betraktelig begrenset i forhold til hva som først var tenkt.

Først vil jeg takke min tålmodige og gode veileder, Cato Grønnerød, som har vært med meg fra begynnelsen av prosjektet. Ikke bare har han vært pirkete og nøyaktig veileder på selve oppgaven, han har også vært veldig støttende og hjelpsom i prosessen med å få prosjektet godkjent. I tillegg har han støttet meg og beroliget meg i stressende og hektiske perioder. Takket være Anne-Marie Halbergs tålmodighet fikk jeg god veiledning på hvilke analyser jeg kunne gjøre og hvordan jeg burde presentere resultatene, og takket være Ellen Hartmann så fikk jeg tilgang til R-PAS manualen i tide og utide.

Til slutt vil jeg takke det fantastiske og flotte personalet ved områdepoliklinikk for spiseforstyrrelser avdeling Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst: Kari Rød, Lena Vullum, Gunilla Forsberg, Michael Geller, Tori Flaatten Halvorsen, Ingalill Johnsen Borley, Joachim Kjennerud, John-Filip Grântz Strandomen, Bjørg Standerholen og Tone Sveum. En spesiell takk til Kjersti Solhaug Gulliksen, som i oppstartsfasen av prosjektet delte sine erfaringer med samme studiepopulasjon, Steffen Rugstad Holthe for oppmuntrende engasjement og fine diskusjoner, og Åse Minde for at hun tok seg tid til møter og promotering av prosjektet som gjorde at det kunne gjennomføres. Og sist men ikke minst en stor takk til alle pasientene som deltok i prosjektet. Uten dere hadde det ikke blitt noe.





# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Spiseforstyrrelser .....	1
1.1.1	Spiseforstyrrelser og forsvar .....	2
1.1.2	Spiseforstyrrelser og aggresjon .....	3
1.2	Rorschach-metoden .....	4
1.2.1	Rorschach-metoden og spiseforstyrrelser .....	5
1.2.2	Rorschach-metoden og aggresjon .....	6
1.3	Personality Assessment Inventory .....	6
1.3.1	PAI og aggresjon .....	7
1.4	Formål og hypoteser .....	8
1.4.1	Hypoteser .....	10
2	Metode.....	11
2.1	Utvalg .....	11
2.2	Prosedyre .....	12
2.2.1	Vurderingsmetoder.....	12
2.2.2	Individuell testsituasjon: T1 .....	13
2.2.3	Intervensjon.....	13
2.2.4	Individuell testsituasjon: T2 .....	14
2.2.5	Skåring .....	14
2.2.6	Kategorier.....	14
2.3	Analyser.....	15
2.4	Etikk.....	16
3	Resultat.....	17
3.1	Kvantitative resultater.....	17
3.1.1	Rorschach-variabler fra T1 til T2.....	18
3.1.2	PAI-variabler fra T1 til T2 .....	19
3.1.3	Undergruppeforskjeller .....	19
3.2	Kvalitative resultater.....	22
3.2.1	Aggressive svar .....	22
3.2.2	Morbide svar .....	23
3.2.3	Svar med relasjonell ubalanse .....	25

4	Diskusjon.....	27
4.1	Forskjeller i resultater, forskjeller i metode?.....	27
4.2	Stabilitet fremfor endring?.....	28
4.3	Hvordan skal disse resultatene forstås?.....	29
4.4	Begrensninger.....	31
4.5	Implikasjoner.....	32
	Litteraturliste.....	33
	Vedlegg.....	40
	Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon.....	11
	Tabell 2: Normative referansegrupper fra R-PAS og deltakerne i dette studiet.....	17
	Figur 1: Rorschach-variabler.....	18
	Figur 2: PAI-variabler.....	19
	Figur 3: Rorschach- og PAI-variabler for anoreksi.....	20
	Tabell 3: Undergrupper for antall Rorschach-svar ved T2.....	21
	Tabell 4: Grupperinger av Rorschach-svar.....	21
	Tabell 5: Undergrupper med totalt antall Rorschach-aggresjonssvar.....	22



# 1 Introduksjon

Spiseforstyrrelser regnes blant de mest rådende offentlige helseproblemene (Rothschild et al., 2008). Empirisk kunnskap viser at det er et samspill mellom gener, fysiologi, psykologi, familie og kultur i utvikling av spiseforstyrrelser (Fairburn & Harrison, 2003). På tross av intensiv empirisk forskning, er forskere så vel som klinikere langt fra å forstå dette samspillet (Rothschild et al.). En mulig forklaring på at spiseforstyrrelser oppstår mest hyppig i ungdomsårene kan være en mangelfull forsvarsstruktur, noe som kan føre til at individer er dårlig forberedt på utfordringer i denne perioden av livet (Steiner, 1989). Det er konsensus i feltet som fastslår at det ikke eksisterer noen underliggende personlighetstype for spiseforstyrrelser; diagnosekriteriene samler en gruppe av individer som deler en viss spiserelatert symptomatologi (Morey & Kurtz, 1995). Tidligere forskning har funnet at individer med spiseforstyrrelser skårer spesielt høyt på passiv-aggressiv fungering (Poikolainen et al., 2001). Poikolainen et al. antok at de som ikke kan uttrykke sin aggresjon direkte heller uttrykker den indirekte og ineffektivt.

## 1.1 Spiseforstyrrelser

Diagnosene til deltakerne i prosjektet faller inn under ulike typer anoreksi (anorexia nervosa) og bulimi (bulimia nervosa). Klassifikasjon og diagnosemanualen som brukes i Norge er International Classification of Diseases tenth revision, ICD-10 (International Classification of Diseases tenth revision, 2009). I den er det to hoveddiagnoser for spiseforstyrrelse: anorexia nervosa og bulimia nervosa. Når disse kriteriene ikke oppfylles bruker man to underdiagnoser, atypisk anoreksi og atypisk bulimi. Både anoreksi og bulimi blir i ICD-10 beskrevet som at pasienten er dominert av et forvrengt kroppsbilde hvor frykt for fedme og overvekt er en påtrengende idé. I ICD-10 beskrives anoreksi som en tilstand eller lidelse karakterisert av vekttap som er fremkalt og vedlikeholdt av pasienten. Pasienten med anoreksi er ofte alvorlig undernært. Symptomer på anoreksi er blant annet innskrenket diett og overdreven trening. Bulimi beskrives som et syndrom karakterisert av tilbakevendende spiseanfall etterfulgt av kompenserende atferd som forsøk på å motvirke vektøkning. Vanlig kompenserende atferd er selvindusert oppkast, overdreven trening, fasting eller bruk av avføringsmidler. Spiseforstyrrelser er komplekse og sammensatte lidelser. Det er ikke uvanlig med en eller flere tilleggsdiagnoser som for eksempel depresjon, angst, rusmisbruk,

personlighetsforstyrrelse og traumediagnoser (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Cole-Detke & Kobak, 1996; Landheim, Bakken & Vaglum, 2002; Nøkleby & Lauritzen, 2006).

I litteraturen kategoriseres ofte de ulike undergruppene av spiseforstyrrelser som restriktive anorektikere, anorektikere med bulimisyptomer og rene bulimikere. Forskning tyder på at det er større likheter mellom anorektikere med bulimisyptomer og bulimikere, enn det er mellom restriktive anorektikere og anorektikere med bulimisyptomer (Steiner, 1989; Vitousek & Manke, 1994; Tasca, Wood, Demidenko & Bissada, 2002; Rothschild et al., 2008; Rothschild, Lacoua & Stein, 2009). Dermed blir ofte restriktive anorektikere omtalt som én undergruppe, mens anorektikere med bulimisyptomer og rene bulimikere omtales som en annen undergruppe. I resten av oppgaven vil jeg bruke beskrivende kategorisering av undergruppene innenfor spiseforstyrrelser, slik det oftest er brukt i litteraturen; restriktive anorektikere som en gruppe, mens anorektikere med bulimisyptomer og rene bulimikere omtales som en gruppe.

### **1.1.1 Spiseforstyrrelser og forsvar**

Forsvarsmekanismer regnes som en sekundærprosess av tilpasning, i den forstand at den hjelper individet til å håndtere ubehag og ubalanse medført av stress (Cramer, 2000). Forsvar og forsvarsmekanismer har vært et omdiskutert fenomen i tiden etter at Sigmund Freud introduserte begrepet forsvarsmekanismer på slutten av 1800 tallet (Vaillant, 1992; Cramer). Det fremkommer stadig økende støtte for at mennesker har en psykologisk fungering utenfor oppmerksomhetens spennvidde, og forsvar har viktige implikasjoner for alle som er involvert i behandling av pasienter (Cramer). Forsvarsmekanismer kan ikke måles direkte, men underliggende forsvarsstil kan grupperes inn i tre kategorier (Poikolainen et al., 2001). De ulike forsvarsstilene kategoriseres etter modningsnivå: moden, nevrotisk og umoden. En moden forsvarsstil inkluderer sublimering, humor, forventning og undertrykking. En nevrotisk forsvarsstil inkluderer omgjøring ("undoing", truende følelser eller tanker blir endret eller snudd), altruisme, idealisering og reaksjonsdannelse. En umoden forsvarsstil inkluderer projeksjon, passiv-aggressiv fungering, utagering, isolasjon, devaluering, autistiske fantasier, fornektelse, forskyvning, splitting, rasjonalisering og somatisering (Vaillant, 1977; Poikolainen et al.). I kompromissdannelsesprosesser mellom behov, ønsker, forbud og virkelighet er forsvarsmekanismer generelt sett på som de viktigste meglere (Vaillant, 1977).

En umoden forsvarsstil er sett på som en risikofaktor for å utvikle spiseforstyrrelse (Poikolainen et al., 2001). Tidligere forskning på spiseforstyrrelser og forsvar har fokusert på forskjeller i forsvarsmekanismer/stil hos ulike undergrupper av spiseforstyrrelser. Forskjeller som ofte fremheves er forskjeller mellom pasienter som har en restriktiv anoreksi og pasienter med bulimisyntomer, eller hvordan disse gruppene er forskjellig fra friske kontroller. Begge undergruppene av spiseforstyrrelser har vist seg å ha et mindre modent forsvar sammenlignet med kontrollgrupper. Gjennomgående funn er at individer med spiseforstyrrelser skårer høyere på sublimering, passiv-aggressiv fungering og omgjøring, samt at de skårer lavere på forskyvning og splitting (Steiner, 1989; Schmidt, Slone, Tiller & Treasure, 1993; Poikolainen et al.). Det tyder også på at individer med bulimisyntomer har det minst modne forsvaret. Forsvaret til pasienter med bulimisyntomer er mindre modent enn både restriktive anorektikere og friske kontroller (Steiner; Schmidt et al.). Gruppesforskjeller har vist seg i virkelighetskontakt, uorganiserte tanker, egofunksjon, symptomer og endringsprosesser. Disse forskjellene kan tyde på at de ulike undergruppene er preget av ulike dynamiske prosesser og kan indikere at de kan nyttiggjøre seg av ulik terapeutisk tilnærming (Rothschild et al., 2008; Rothschild et al., 2009). Rothschild et al., (2008) antyder sannsynligheten av at ulike fenomener oppstår i ulike faser av en spiseforstyrrelse, og påpeker dermed viktigheten av å studere pasienter i flere faser slik at endringer kan bli målt.

### **1.1.2 Spiseforstyrrelser og aggresjon**

Aggresjon har også vist seg å være en viktig faktor i utviklingen av og gangen i en spiseforstyrrelse. Spesielt passiv aggresjon (Poikolainen et al., 2001; Mitto et al., 2003). I passiv-aggressiv atferd uttrykkes negative følelser indirekte fremfor direkte; faktiske følelser er delt gjennom handlinger og ikke gjennom ord (Hall-Flavin, 2011). Pasienter med spiseforstyrrelse omtaler aggresjon som en følelse det er vanskelig å prosessere og uttrykke (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud & Holte, 2012).

Espeset et al. (2012) fant at for pasienter med anoreksi, både restriktiv og med bulimisyntomer, var aggresjon var meget problematisk å kjenne på og uttrykke adekvat. Aggresjon ble beskrevet som en emosjon som var spesielt skremmende, upredikerbar og ukontrollerbar. Pasientene i studien ga uttrykk for mye aggresjon og avsky ovenfor seg selv, men de hadde vansker med å uttrykke aggresjon og irritasjon i en mellommenneskelig situasjon. Pasientene beskrev en del strategier for aggresjonsmestring som forfatterne delte

inn i tre underbegreper: unngå aggresjon, hemme aggresjon og utløse aggresjon. Pasienten unngikk aggresjon blant annet ved å konsentrere seg om mat, kropp og vekt, samt å unngå situasjoner som kunne trigge aggresjon eller irritasjon. De beskrev også nære assosiasjoner mellom aggresjon og matinntak. Pasientene hemmet sin aggresjon overfor andre, og fysisk aktivitet ble ofte trukket frem som en strategi. Pasienten kunne utløste aggresjon mot seg selv gjennom selvskading som å kutte seg selv eller ved å bruke store mengde laksativer.

## 1.2 Rorschach-metoden

Rorschach-metoden har til hensikt å måle tre ting: 1) implisitte motiver, 2) kognitive/perseptuell stil og 3) aspekter ved individets mestringsstil. Disse funksjonene er i varierende grad tilgjengelig for verbal rapportering. Rorschach-metoden er en friresponstest som kan kvantifisere psykologiske prosesser som ikke er lett tilgjengelig via spørreskjemaer og intervju. Den er ikke et diagnostisk verktøy, men kan ha god prediksjonsverdi i kliniske sammenhenger (Bornstein, 2001). Hartmann, Grønnerød, Krog, Vanem og Høstmark Nielsen (2003) hevder at Rorschach-data gir verdifull informasjon om endringer gjennom terapi. I en metaanalyse på Rorschach og endringer, fant Grønnerød (2004) resultater som gjennomgående viste at økt lengde og intensitet på terapi assosierte med høyre nivå av personlig endring. Når Rorschach-metoden brukes i samsvar med standardiserte retningslinjer for administrering og skåring viser metoden tilsvarende psykometriske egenskaper som andre personlighetsvurderingsmetoder (Society for Personality Assessment, 2005). Reliabiliteten og validiteten i Rorschach-metoden er ekvivalent til andre psykologiske og kognitive instrumenter (Hilsenroth & Stricker, 2004), og interskårerreliabiliteten har vist seg å være meget god (Meyer, 1997; Viglione & Hilsenroth, 2001; Meyer et al., 2002). Flere studier har vist at Rorschach-metodens test-retest reliabilitet er god og metoden fremstår valid både på spesifikke domener og over et bredt spekter (Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry & Brunell-Neulieb, 1999; Viglione & Hilsenroth; Hartmann et al.; Grønnerød, 2003, 2006; Meyer, Viglione, Mihura, Erard & Erdberg, 2011).

Fra et perseptuelt-kognitivt perspektiv presenteres deltakerne for en kompleks stimuli, hvor utfordringen er å produsere tilfredsstillende tolkninger fra mange konkurrerende, motstridende og ufullstendige respsnsmuligheter. Fra et mellommenneskelig perspektiv blir deltakerens prestasjon observert og evaluert mens de eksponeres for en ny og usikker situasjon (Meyer et al., 2011). Personens underliggende personlighetstrekk, psykologiske



vaner og bearbeidingsstil kommer til uttrykk gjennom de unike svarene Rorschach-metoden åpner for. Svar på de ulike plansjene belyser hvilket oppmerksomhetsfokus personen har gjennom hvordan informasjon filtreres og organiseres hos den enkelte. Rorschach-metoden kan belyse hvordan den enkelte forstår og tillegger mening til stimuli og situasjon, og om omgivelsene oppfattes på en konvensjonell eller idiosynkratisk måte. Andre forhold som belyses gjennom Rorschach-metoden er hvordan personen håndterer perseptuell og konseptuell inkonsistens, motsetninger og tvetydighet, og hvor effektivt og logisk han/hun tenker og kommuniserer med andre (Meyer et al.). Rorschach-metoden forteller oss ikke noe spesifikt om hva personene bevisst føler og tenker (Meyer et al.) slik mange personlighetstester og andre selvutfyllingsskjemaer gjør. Imidlertid kan den gi utfyllende informasjon om personlighetsstruktur gjennom at den ”tapper” psykologiske prosesser ved personligheten som ikke er lett tilgjengelig for den enkelte (Hartmann et al., 2003).

### **1.2.1 Rorschach-metoden og spiseforstyrrelser**

Flere forskere mener at Rorschach-metoden er mer sensitiv enn selvrapporteringstester ovenfor subtile forskjeller mellom ulike pasienter med spiseforstyrrelser (Morey & Kurtz, 1995). Rothschild et al. (2008) administrerte Rorschach i to omganger på pasienter innlagt med restriktiv anoreksi, anoreksi med bulimisyptomer og bulimi. Første omgang ble gjennomført innen 14 dager etter innleggelse, andre omgang minimum to uker før utskrivelser. Det kommer ikke frem hvor lang tid det var mellom administreringene, men forskerne beskriver at pasienten var innlagt relativt lenge. Utskrivelseskriteriet som gjaldt hele pasientgruppen var at forstyrret spising ble stabilisert og opprettholdt i to uker. Pasienten med anoreksi måtte i tillegg oppnå en bestemt vekt som måtte stabiliseres og opprettholdes i to uker. For pasientene med bulimi måtte overspising etterfulgt av kompenserende atferd opphøre, dette måtte også være stabilt og opprettholdt i to uker. Felles for alle pasientene var bedring av to variabler knyttet til realitetskontakt, resultatene viste en nedgang i forvrengte oppfatninger av menneskelig erfaring mens realitetstesting økte. De fant også en tendens til endring av affektivt ubehag hos alle pasientene. For pasientene med bulimisyptomer, altså både de med ren bulimi og anorektikere med bulimisyptomer, ble det funnet en nedgang i reaksjon på emosjonelle stimuli. Dette kan peke på at pasienter med bulimisyptomer kan bli mer defensive når de får stabilisert vekt og matinntak. For uorganisert tenkning viste resultatene en liten nedgang hos pasienter med bulimisyptomer, mens pasienter med restriktiv anoreksi fikk en liten økning. I kontakt med indre realitet fant de en økning av

implisitt selvinspeksjon hos restriktive anorektikere, men en nedgang hos pasienter med bulimisyptomer. De fant ingen overordnede endringer på reduksjon i forsvar, økt kontakt med virkeligheten og åpenhet for nye erfaringer. Året etter utførte Rothschild et al. (2009) en lik studie med like betingelser. De fant en forbedring av egofunksjon hos hele pasientgruppen, men de fant også forskjeller i egofunksjon mellom pasienter med restriktiv anoreksi og pasienter med bulimisyptomer. Pasienter med restriktiv anoreksi presenterte høyre implisitt og eksplisitt egofunksjonsnivå i forhold til pasienter med bulimisyptomer, spesielt i forhold til impuls kontroll og tankeforstyrrelser.

### **1.2.2 Rorschach-metoden og aggresjon**

Aggresjon er en kompleks og multidimensjonell atferd som er vanskelig å måle, og det kan være vanskelig å vite hva en måler innen aggresjonsspekteret (Kivisto & Swan, 2012). Det er gjort en rekke studier som har forsøkt å belyse om aggresjonsskårer i Rorschach-metoden kan predikere aggressiv atferd. Resultatene peker i retning av at Rorschach-metoden først og fremst måler egodyston aggressiv spenning fremfor tendenser til aggressiv atferd (Gacono, Bannatyne-Gacono, Meloy & Baity, 2005; Kivisto & Swan). Studiene har belyst at det er forskjell på å være oppslukt av aggresjon og identifisering med aggresjon. Rorschach-metoden viser seg godt egnet til å fange opp om en person er oppslukt av aggresjon men ikke fullt så god til å predikere aggressiv atferd (Gacono et al.). Når aggressive impulser ikke slippes fysisk ut, men produserer intrapsykisk spenning, er det større sannsynlighet for at aggresjon vil bli artikulert via en Rorschach-administrering. Ulike aggressive responser kan være kilde til hypoteser om kvalitet, intensitet og retning på aggresjon rettet mot selv- og objektrepresentasjoner. Variasjonen av aggressive responser på Rorschach kan være en rik kilde til å forstå strukturen og dynamikken i en persons intrapsyriske aggresjon (Gacono & Meloy, 1994).

## **1.3 Personality Assessment Inventory**

PAI er et selvrporteringsinstrument som vurderer personlighets- og psykopatologiske variabler. PAI inneholder 344 ledd som vurderes på en 4-punkts Likert-skala. Den har fire validitetskalaer, 11 kliniske skalaer som dekker et bredt spekter av vanlige lidelser, fem behandlingsskalaer og to mellommenneskelige skalaer. I de senere årene er PAI blitt mye brukt og kan brukes som et godt alternativ til både MMPI (Hathaway & McKinley, 1967) og

MCMI-III (Millon, 1994). Flere PAI-skalaer og profiltolkninger er rettet mot behandling, slik som prognose, motstand og selvbilde. Reliabilitet og validitet ved bruk av PAI i vurdering av personlighet og psykopatologi er dokumentert i mange populasjoner inkludert kliniske og normative utvalg (Boone, 1998; Karlin et al., 2005; Hopwood, Ambwani & Morey, 2007; Hopwood, Creech, Clark, Meagher and Morey, 2008).

### **1.3.1 PAI og aggresjon**

PAI har en egen skala for aggresjon (AGG) som vurderer ulike aspekter ved aggresjon samt hvilke implikasjon dette kan ha for behandling. Aggresjonsskalaen har tre underskalaer: aggressive holdninger (AGG-A), verbal aggresjon (AGG-V) og fysisk aggresjon (AGG-P). Aggressive holdninger omfatter holdninger som appellerer til aggressiv atferd, og gjenspeiler en tro på nytteverdien av instrumentell aggresjon. Gjennom verbal aggresjon reflekteres villigheten til bruk av verbal aggresjon. Tidligere opplevelser med, og nåværende holdning til, fysisk aggresjon gjenspeiles gjennom fysisk aggresjon (Hall, 2006).

PAIs aggresjonsmål er gode prediktorer for aggressiv atferd (Walters, 2007) i kontrast til aggresjonsskårene på Rorschach-metoden. Flere studier har belyst hvordan aggressiv atferd kan predikeres ved bruk av PAI og hvordan tidlige erfaringer påvirker disse aggresjonsmålene. PAI har vist seg å være den sterkeste og mest konsistente prediktoren for tilbakefall hos seksualforbrytere etter endt soning (Boccaccini, Murrie, Hawes, Simpler & Johnson, 2010). Hall (2006) korrelerte aggresjonsskårene i PAI med gjenkjenning av aggressive ansiktsuttrykk. Deltakerne ble eksponert for bilder av ansikter som viste ulike emosjonelle uttrykk, hvor oppgaven var å identifisere de aggressive ansiktsuttrykkene. Resultatene viste at jo høyere nivå av selvrapportert aggressiv holdning og verbal aggresjon, jo mer sannsynlig var det at personen identifiserte aggressive ansiktsuttrykk hvor det ikke var tilfellet. Det ser ut til at disse individene var primet til å oppfatte verden basert på sine egne negative skjemaer og til å tolke informasjon deretter for å bekrefte sine egne bias. De med lavere selvrapportert aggresjon gjorde signifikant færre feilrapporteringer av aggressive ansiktsuttrykk. Allan (2010) fant at psykologisk misbruk i barndommen var signifikant korrelert med alle aggresjonsvariablene i PAI, samt at affektiv feilregulering og mellommenneskelige problemer var prediktorer for samtlige av PAIs aggresjonsvariabler.

## 1.4 Formål og hypoteser

Formålet med mitt prosjekt er å dokumentere eventuell endring hos pasienter i behandling for spiseforstyrrelser ved områdepoliklinikk for spiseforstyrrelser avdeling Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst. Etter ønske fra enheten ble aggresjon valgt ut som et mål på endring. Grunnen til dette var at enkelte av behandlerne ved enheten hadde vært på et forskningsseminar hvor de fikk presentert en undersøkelse der Rorschach-metoden var brukt til å sammenligne aggresjonsnivået hos pasienter med spiseforstyrrelser med aggresjonsnivået hos innsatte i fengsel. Slik jeg fikk gjenfortalt denne undersøkelsen viste det seg at disse to gruppene hadde tilnærmet like høyt aggresjonsnivå, men at aggresjonen utspilte seg forskjellig. Jeg har ikke funnet denne undersøkelsen og heller ikke funnet lignende studier, men det er et kjent faktum at pasienter med spiseforstyrrelser har et generelt høyt aggresjonsnivå og at aggresjon er en problematisk følelse for denne kliniske gruppen (Poikolainen et al., 2001; Mitto et al., 2003; Espeset et al., 2012). I tråd med dette antar jeg at pasienter med spiseforstyrrelser kan få kontakt med og bearbeidet en delvis underliggende og ubevisst aggresjon gjennom behandling. Jeg antar at denne aggresjonen hovedsakelig er rettet mot en selv, og gjennom behandling vil aggresjonen bli mer rettmessig fordelt og plassert på andre aspekter enn kun mot enkeltindividet som prøver å kontrollere blant annet aggresjon gjennom en spiseforstyrrelse.

Vil de resultatene jeg får gjenspeile endringer eller stabilitet hos deltakerne? Vil resultatene gjenspeile grupperinger, eller vil individuelle forskjeller være fremtredende? Uavhengig av terapiretning og metodevalg er seks måneder en relativt kort periode for å finne målbare endringer, og kanskje spesielt ved bruk av Rorschach-metoden. Fowler et al. (2004) og Terlidou et al. (2004) fant signifikante endringer hos kliniske grupper etter endt dynamisk- og gruppeanalytisk behandling, hvor Rorschach-metoden ble brukt i retest-intervaller på henholdsvis 16 måneder og to år. Andre hevder at Rorschach-metoden hovedsakelig studerer strukturelle og grunnleggende aspekter av personligheten, som antas å være meget stabil og forbli konsistent over tid (Exner, 1993; Grønnerød, 2004), men også at Rorschach-metoden er sensitiv for personlighetsendringer etter psykoterapi (Grønnerød). I en metaanalyse av Grønnerød viste det seg at lengde på retest-intervallet påvirker stabiliteten. Utvalgsstørrelser påvirker ikke selve stabiliteten, men på grunn av statistiske begrensninger vil et lite utvalg føre til at muligheten for å finne stabilitet synker. Ved lengre retest-intervall og ved lavere

utvalgsstørrelser vil stabiliteten senkes. Graden av endringer øker ved lengre retest-intervall og mer intensive behandlinger.

Tidligere forskning har belyst at individer med spiseforstyrrelse har et mindre modent forsvar sammenlignet med friske kontroller, og at pasienter med bulimi har det minst modne forsvaret (Steiner, 1989; Schmidt et al., 1993; Poikolainen et al., 2001). På bakgrunn av dette forventer jeg mest endring hos deltakeren med anoreksi fordi jeg antar at de i høyere grad nyttiggjør seg av behandlingen. Dette er fordi disse antas å ha det mest modne forsvaret i mitt utvalg. På en annen side kan et mer modent forsvar være vanskeligere å endre på i forhold til et mindre modent forsvar. Her kommer BMI-nivå inn som et tredjevariabelproblem. Body Mass Index (BMI) er et deskriptivt mål på vekt i forhold til høyde og er universelt brukt for å kartlegge undervekt, normalvekt eller overvekt. BMI på under 18,5 er kategorisert som undervektig, normal BMI ligger mellom 18,5 og 24,9. BMI på 25 eller over, er kategorisert som overvektig (Minutello et al., 2004). Jeg antar at deltakere med et normalt BMI-nivå vil få mest synlige endringer. Dette fordi det er kjent fenomen innen spiseforstyrrelsesfeltet at det er vanskeligere å jobbe terapeutisk med pasienter hvor BMI-nivået er for lavt. Samtidig må det påpekes at, deltakerne som har et normalt BMI-nivå har oftest ikke diagnosen anoreksi.

Det er et kjent fenomen innen psykologien og psykiatriens verden at det ofte er vanskeligere å skape endring hos pasienter som har vært syke over lengre tid fremfor hos nysyke. Dermed antar jeg tydeligere endringer hos deltakeren som er nysyke enn hos pasienter hvor spiseforstyrrelsen har manifestert seg. Jeg forventer at endringen vil være mest fremtredene hos deltakere som nylig har startet i behandling fordi jeg antar at det allerede vil ha skjedd en del endringer hos deltakere som har vært lengre i behandling, og dermed vil ikke endringer fremstå så tydelig for denne gruppen.

### 1.4.1 Hypoteser

1: Jeg forventet en overordnet endring i verdiene på aggresjonsvariablene i Rorschach-metoden og PAI fra første testing til andre testing. Mer spesifikt forventet jeg at Rorschach-variablene AGM og AGC ville øke i verdi, mens verdien på MOR og MAP ville synke ved andre testing. Jeg forventet også at verdien på samtlige av PAI-variablene ville synke ved andre testing.

2: Hos de ulike undergruppene forventet jeg endringer i tråd med hovedhypotesen, men jeg forventet at endringene ville være mer fremtredende hos enkelte undergrupper.

2a: Deltakere med anoreksi ville være den diagnosegruppen med mest fremtredende endring.

2b: Deltakerne med et normalt BMI-nivå ville ha en mer fremtredende endring enn deltakerne med et lavt BMI-nivå.

2c: Nysyke deltakere ville ha mer fremtredende endringer enn deltakere som har vært syk over en lengre periode.

2d: Deltakere som nylig har startet i behandling ville ha mer fremtredende endringer enn deltakerne som har gått i behandling over lengre tid.

.

## 2 Metode

### 2.1 Utvalg

Utvalget besto av 11 kvinner i frivillig behandling for spiseforstyrrelser ved områdepoliklinikk for spiseforstyrrelser avdeling Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst. Inklusjonskriteriet var kvinnelige pasienter over 18 år i frivillig behandling for spiseforstyrrelser med hoveddiagnose anoreksi, bulimi eller en blandingsdiagnose/tilstand av anoreksi og bulimi. Deltakere måtte ha minimum ett år igjen av behandlingen.

Tilleggsdiagnoser og medikamentell behandling var ikke eksklusjonskriterier og ble heller ikke registrert. Behandlingstilbudet er åpent for både kvinner og menn, men grunnet få mannlige pasienter var det usikkert om det var mulig å få noen/nok mannlige deltakere. Derfor ble disse ekskludert. Forskningsprotokoll vises i vedlegg 1.

Behandlingsstedet fikk en skriftlig presentasjon av prosjektet og inklusjonskriteriene. Enhetens behandlere gjorde vurderinger av hver enkelt av sine pasienter og presenterte prosjektet for pasienter som de tenkte var egnet til å delta. Pasientene som viste interesse for å delta i prosjektet fikk en skriftlig beskrivelse av hva det gikk ut på, anslått tidsomfang, redegjørelse for hvordan hver enkeltes testresultat ble behandlet konfidensielt og kontaktinformasjon til prosjektleder og administrator. De som ønsket å delta fikk utdelt samtykkeskjema som ble fylt ut, samtykkeskjema vises i vedlegg 2. Deltakerne avtalte tidspunkt for testsituasjon med administrator som da var i hovedpraksis på enheten.

Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon

N=11	T1	T2
Alder	24,5 (19-32)	25,5 (19-33)
BMI-nivå	19,2 (16,2-24,4)	19,4 (16,5-24,1)
Sykdomslengde	63 (12-168)	68 (18-174)
Behandlingslengde	19 (7-48)	25 (13-54)
Anoreksi	5	5
Bulimi	3	3
Blanding	3	3

Testingen foregikk i to omganger, med seks måneder mellom, her kalt T1 og T2. Selvrapportert bakgrunnsinformasjon vises i tabell 1, den gir en oversikt over gjennomsnittlig og variasjon i alder, BMI-nivå, sykdomslengde, behandlingslengde og diagnosefordeling. Sykdoms- og

behandlingslengde er fremstilt i måneder. Totalt 22 Rorschach-protokoller ble administrert. Syv av deltakerne leverte inn PAI ved begge tidspunktene, totalt 15 PAI-skjemaer ble samlet

inn. Syv PAI-skjemaer ble ekskludert fra analysene, enten fordi PAI-skjemaet ikke var levert inn eller fordi det ikke var fullstendig utfyllt.

## 2.2 Prosedyre

### 2.2.1 Vurderingsmetoder

Jeg valgte PAI og Rorschach-metoden, slik at jeg kunne belyse ulike sider av aggresjon hos deltakerne. En ustrukturert Rorschach-test utforsker personlighetstrekk på andre måter enn selvrapporteringstester som PAI. I selvrapporteringstester svarer deltakere ut fra spørsmål om tilstander, symptomer, trekk og plager (Terlidou et al., 2004). Gjennom Rorschach-metoden belyses implisitte trekk og motiver, som kan være en del av individets verbale selvbeskrivelse eller konsept (Meyer et al., 2011). Rorschach-metoden har vist seg å være mer sensitiv ovenfor subtile forskjeller mellom ulike pasienter med spiseforstyrrelser enn selvrapporteringstester (Morey & Kurtz, 1995). Det er vist at PAI kan belyse viktige mellommenneskelige komponenter i en spiseforstyrrelse, som videre kan ha implikasjoner for behandling (Tasca et al., 2002).

For koding av Rorschach-svarene valgte jeg å bruke Rorschach Performance Assessment System; R-PAS (Meyer et al., 2011). R-PAS er utviklet på basis av nyere forskning, og sikter mot en evidensfokusert orientering og et internasjonalt bruksområde. Variabelutvalget er hevdet å ha sterkest støtte empirisk og klinisk. Variabler som har lav støtte har blitt eliminert eller tillegges mindre betydning (Meyer et al.). For å måle aggresjon tok jeg utgangspunkt i aggresjonsskårene i R-PAS. Det er fire skårer som spesifikt er knyttet opp mot aggresjon. Disse måler ulike aspekter av aggresjon: aggressiv bevegelse (AGM), aggressivt innhold (AGC), morbid svar (MOR) og gjensidig autonomi-patologi (MAP, Mutuality of Autonomy-Pathology). Aggresjonsskårene i R-PAS omtales som tematiske koder. Tematiske koder er en indikasjon på visse ideer eller holdninger som er en integrert del av personen. De er ofte mindre konkret knyttet til objektet i responsen, og mer til hvilket tema det representerer (Meyer et al.).



## **2.2.2 Individuell testsituasjon: T1**

Rorschach-metoden ble administrert av meg etter retningslinjene i R-PAS (Meyer et al., 2011). I tillegg ble en Post-Rorschach (Hartmann et al., 2003) utført. Jeg informerte deltakerne at det var nødvendig med noe bakgrunnsinformasjon som kunne bli brukt i analysene av datamaterialet. Jeg introduserte følgende fem spørsmål: alder, BMI, diagnose, sykdomsdebut og behandlingens lengde. Etter endt Rorschach-opptak ble deltakerne instruert om ikke å si noe om testen til andre pasienter da de kunne være mulige deltakere. Hvis de ønsket å snakke med noen om testen kunne snakke med sine behandlere på enheten eller med administrator. Deltakerne fikk standardisert instruksjon om PAI-skjema og et eget PAI-skjema med anonymisert ID-nummer, og avtale om innlevering av PAI-skjemaet. Etter endt testsituasjon ble deltakerne informert om at jeg kom til å ta kontakt med dem igjen om seks måneder for oppfølging av prosjektet.

## **2.2.3 Intervensjon**

Poliklinikken har et langvarig brobyggingsprosjekt mellom kunst, psykoterapi, ernæring og forskning, og gir behandling til personer som har spiseforstyrrelser som hoveddiagnose. Behandlingen ved enheten var preget av en dynamisk grunnmodell i regi av psykologspesialister, psykiatere, kunstterapeuter, gruppeanalytikere, sykepleiere med etterutdanning innen psykiatri og kunstterapi, gestaltterapeut, lege og ernæringsfysiolog. Den terapeutiske behandlingen er hovedsakelig gruppeterapi eller individuellterapi, med samtalerapi, kunstterapi eller måltidsrettet terapi. Når en pasient starter i behandling ved enheten blir det gjort en vurdering sammen med pasienten om hvilken type behandling som kan ha størst nytteverdi for den enkelte. Det blir gjort kontinuerlige vurderinger sammen med pasienten om det behandlingstilbudet pasienten har fått er riktig for den enkelte. Det ble ikke gjort andre intervensjoner utover tiltenkt behandling for hver enkelt deltaker. En av forutsetningene for behandling ved enheten er at pasienter ikke skal ha terapeutisk behandling for spiseforstyrrelse ved andre instanser da dette kan ha innvirkninger på terapiforløpet og være problematisk i forhold til for eksempel allianse.

Psykodynamisk psykoterapi baserer seg på regelmessige samtaler mellom pasient og terapeut hvor ukjente sider av pasientens indre liv utforskes (Ulberg, Høglend, Marble & Johansson, 2012). I psykodynamisk psykoterapi kan terapeuten bruke overføringstolkninger som et redskap i terapiprosessen. Overføringstolkninger innebærer at terapeuten analyserer

pasientens forhold til terapeuten, og kan gjennom en sterk emosjonell opplevelse belyse viktige sider av pasientens problemer i mellommenneskelige forhold. Overføringstolkninger har som mål å gi pasienten økt selvinnsett og selvforståelse, dette kan føre til utvikling av positive relasjoner til andre mennesker og dermed øke psykologisk velvære over tid (Ulberg et al.).

#### **2.2.4 Individuell testsituasjon: T2**

Ved andre testing ble deltakerne informert om at de ville få de samme oppgavene som sist. Jeg spurte deltakerne om de husket noe fra forrige testsituasjon, i så fall hva. Deltakerne ble instruert i at det ikke var ønskelig at de forsøkte å gjengi det de så sist, men at de skulle svare ut fra det de så der og da. Etter endt Rorschach-opptak fikk de PAI-skjemaet og selvutfyllingsskjema, og ble informert om når og hvor denne studien var tilgjengelig dersom de ønsket å lese den.

#### **2.2.5 Skåring**

Alle Rorschach-protokollene ble skåret av meg i R-PAS-programmet (Meyer et al., 2011) etter endt innsamling ved T2. Hver protokoll ble deretter kontrollert og rettet av veileder Cato Grønnerød som ikke visste hvilke tester som tilhørte T1 og T2, og hvilke som var par. Selv om det ikke ble utført en interskårersekk sikret dette kvaliteten på dataene.

#### **2.2.6 Kategorier**

Diagnose, BMI, sykdomslengde og behandlinglengde var kategorier som ble brukt i analysene. Diagnoser ble delt inn i anoreksi, bulimi og blanding. Dette fordi flere deltakere opplyste om at de hadde anoreksi og bulimi eller en atypisk spiseforstyrrelse. Deltakerne som omtalte sin diagnose som anoreksi og bulimi eller atypisk ble kategorisert i blanding. BMI ble kategorisert ut fra om deltakeren var undervektig eller normalvektig, deltakere som var undervektig ble kategorisert som lav. Det finnes ingen retningslinjer for når man regnes som nysyk eller når en har en langvarig spiseforstyrrelse. Etter samråd med forskningsleder ved regional avdeling for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst ble fem år satt som et skille. Deltakere som hadde hatt spiseforstyrrelse i fem år eller mer ble kategorisert som langvarig, mens deltakere som hadde hatt spiseforstyrrelse i under fem år ble kategorisert som nysyk. Om en behandlinglengde er kort eller lang varier mellom

behandlingsenheter, terapeuter og terapiretninger. Da enheten har en dynamisk grunnmodell valgte jeg å bruke to år som et skille. Deltakere som hadde vært i behandling ved enheten i mer enn to år ble kategorisert som langvarig behandling, mens deltakere som hadde vært i behandling ved enheten i mindre enn to år ble kategorisert som kort behandling.

## 2.3 Analyser

Flere enhalede t-tester ble kjørt som forsøk på å finne korrelasjoner innad i Rorschach-skårene, innad i PAI-skårene, mellom Rorschach- og PAI-skårene, og sumskårer basert på retning i hypotesene. Det ble ingen signifikante mål grunnet et utvalg på kun 11 deltakere. R-PAS bruker standardskårer ( $M=100$ ,  $SD=15$ ) mens PAI bruker T-skårer ( $M=50$ ,  $SD=10$ ), noe som gjorde skalaene forskjellig. T-skårene i PAI ble regnet om til standardskårer slik at skalaene ble lik. Rorschach- og PAI-variablene ble presentert i to figurer, ettersom endringene fra T1 til T2 på samtlige variabler illustrert i samme figur førte til at AGC- og AGM-variablene la seg over hverandre hvilket gjorde det vanskelig å se tendenser til endringer.

Kompleksitetsjusterte skårer ble valg på Rorschach-metoden. Alle Rorschach-variablene i R-PAS er høyt korrelert med den første Rorschach-faktoren i R-PAS som blir kalt for kompleksitet. Derfor utviklet Meyer et al. (2011) en metode for å justere alle skårene mot denne faktoren. Justeringene blir gjort automatisk i R-PAS-programmet, og fremkommer som et eget resultat. Det viste seg å være små forskjeller mellom kompleksitetsjusterte skårer og ujusterte skårer på enkeltskårenivå, men gjennom grafer og søylediagram ble noen forskjeller mer tydelig ved bruk av kompleksitetsjusterte skårer.

For å presentere resultatene på en omfattende og oversiktlig måte valgte jeg å presentere resultatene kvantitativt og kvalitativt. Beskrivende statistikk som grafer, tabeller og søylediagram ble brukt for å presentere resultatene kvantitativt. Utdrag fra deltakeres svar ble brukt for å illustrere resultatene kvalitativt. I den kvalitative delen av resultatene ønsker jeg å presisere at dette er mine fortolkninger av responser. Det har vært vanskelig å finne veiledninger for kvalitative tolkninger, og det er i følge Hartmann et al. (2003, s. 123) ”vanskelig å gi bestemte regler for hvordan en kvalitativ analyse skal utføres”.

## 2.4 Etikk

Prosjektet ble innmeldt og godkjent hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst (referansenummer 2011/757-1) etisk godkjenning vises i vedlegg 3, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (referansenummer 27416/3/MAB) etisk godkjenning vises i vedlegg 4 og Oslo Universitetssykehus (referansenummer 2011/19061) etisk godkjenning vises i vedlegg 5. Potensielle deltakere var pasienter i frivillig behandling for spiseforstyrrelser. Alle potensielle deltakere ble informert om at deltakelsen var frivillig og ikke bindende. De ble også informert om at behandlingstilbudet ikke ville endres, at de ville få samme behandlingstilbud om de valgte å være deltakere eller ikke. Det ble satt av tid etter endt Rorschach-administrering til en avsluttende samtale med hver enkelt deltaker hvis dette viste seg å være nødvendig. Behandlerne ved enheten var informert om hvilke pasienter som var deltakere, og var tilgjengelig for deltakere etter testsituasjonen og etter at prosjektet var avsluttet, hvis deltakerne hadde behov for det.

# 3 Resultat

## 3.1 Kvantitative resultater

Ingen av analysene ga signifikante resultater. Tendenser som samsvarte med hovedhypotesen, verdiøkning på AGM- og AGC-variablene og nedgang i verdiene på MOR-, MAP- og PAI-variablene, illustreres i figur 1 og 2. En deltaker hadde verdiendringer på Rorschach-variablene, og fem deltakere hadde verdiendringer på PAI-variablene, som samsvarte med hovedhypotesen. Diagnosegruppen anoreksi hadde tendenser som samsvart med hypotese 2a. Utover dette var det ingen resultater som viste tendenser i samsvar med hypotesene.

R-PAS har data fra to normative referansegrupper bestående av ikke-kliniske voksne individer (Meyer et al., 2011). I det ene utvalget er standardisert R-PAS (Meyer, et al.) brukt ved både administrering og skåring, her er referansegruppen kun fra USA. For den internasjonale referansegruppen er standardisert CS (Exner, 1993) brukt ved administrering. Protokollene for det internasjonale utvalget ble modellert slik at de ble lik en standardisert R-PAS administrering, for så å bli skåret i tråd med R-PAS (Meyer, et al.). Tabell 2 viser gjennomsnitt- og maksimal skårer på AGM-, AGC-, MOR- og MAP-variablene for begge de normative gruppene, og deltakerne i dette studiet ved T1 og T2.

Tabell 2: Normative referansegrupper fra R-PAS og deltakerne i dette studiet

	R-PAS: Normativ, ikke klinisk gruppe med voksne, USA (N=640)		CS: Normativ, ikke klinisk gruppe med voksne, internasjonal (N=1396)		Deltakerne i dette studiet (N=11)			
	Gjennomsnitt	Maks	Gjennomsnitt	Maks	T1		T2	
AGM	0,5	4	0,5	8	0,6	2	0,7	2
AGC	3,1	9	3	12	2,9	5	3,1	8
MOR	1,3	8	1,2	11	1,9	5	1,7	5
MAP	0,8	9	0,9	9	1,3	4	1	5

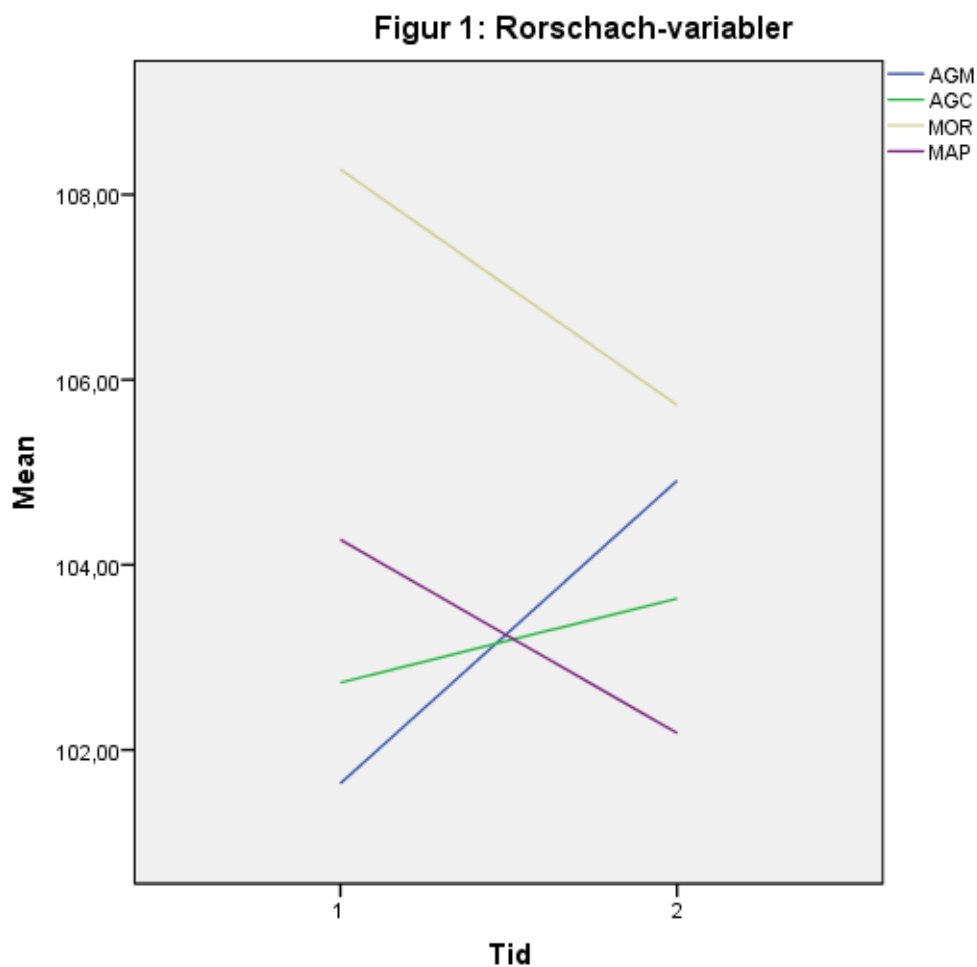
Sammenlignet med de normative gruppene har deltakeren i dette studiet gjennomsnittlig flere aggresjonsskårer på tre av fire variabler ved T1: AGM, MOR og MAP. Ved T2 har deltakerne gjennomsnittlig flere aggresjonsskårer på samtlige av variablene sammenlignet med den

internasjonale gruppen, sammenlignet med gruppen fra USA har deltakerne høyere gjennomsnitt på AGM-, MOR- og MAP-variablene, mens gjennomsnittet for AGC-variabelen er likt.

### 3.1.1 Rorschach-variabler fra T1 til T2

Figur 1 viser tendenser i samsvar med hovedhypotesen, AGM og AGC øker, og MOR og MAP synker ved T2. De mest fremtredende verdiendringene er på AGM-, MOR- og MAP-variablene.

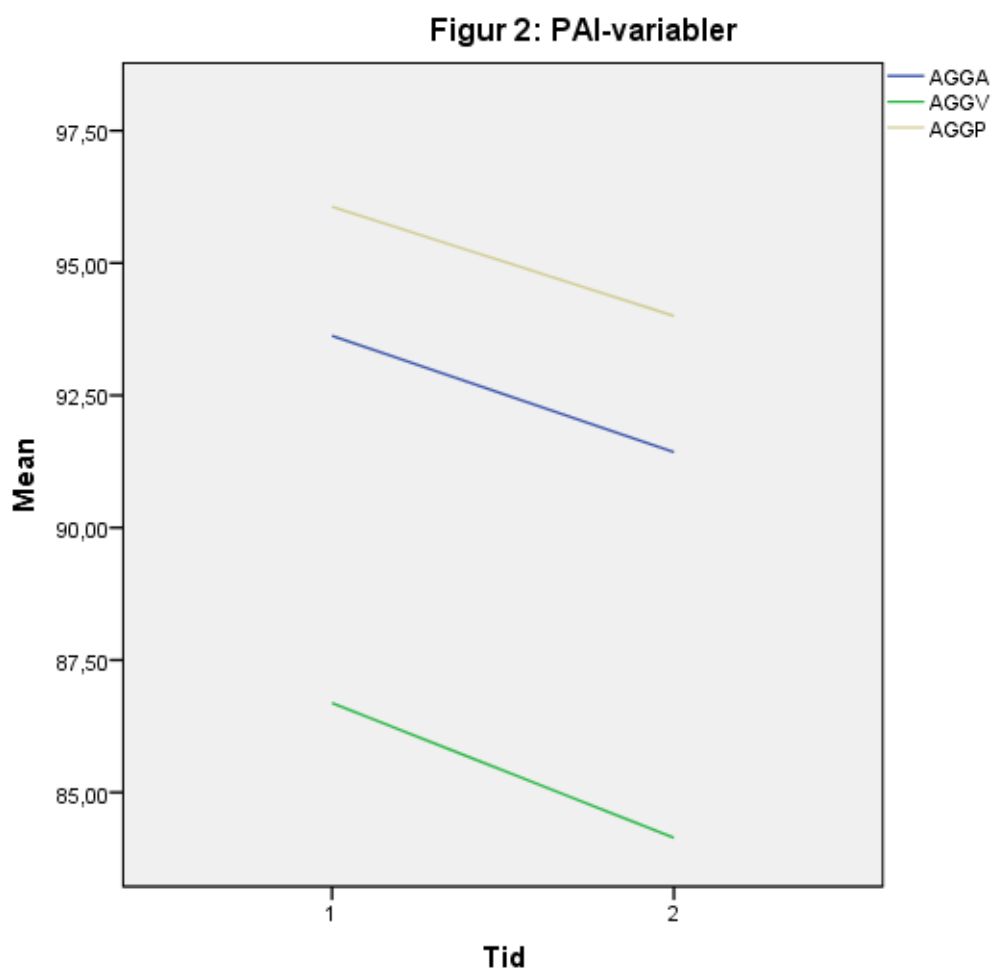
Figur 1: Rorschach-variabler



### 3.1.2 PAI-variabler fra T1 til T2

Figur 2 viser i samsvar med hovedhypotesen at verdien på samtlige av PAI-variablene synker parallelt ved T2. Forskjellene mellom de tre aggresjonsvariablene i PAI illustreres også i figur 2. Fysisk aggresjon er den variabelen med høyest totale verdi ved T1 og T2, mens aggressive holdninger ligger rett under. Variabelen med lavest totalskåre ved begge tidspunkt er verbal aggresjon.

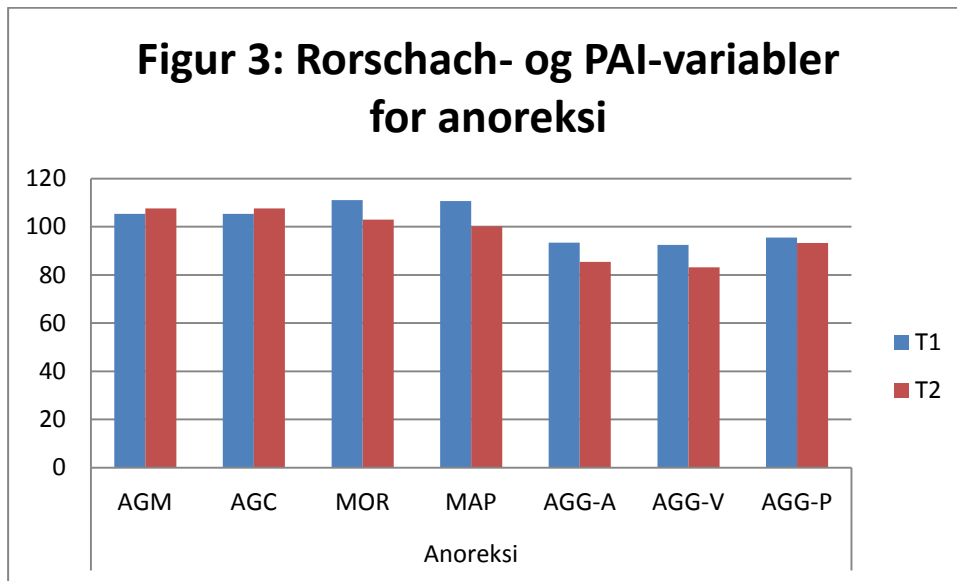
Figur 2: PAI-variabler



### 3.1.3 Undergruppeforskjeller

Av alle underhypotesene forelå det kun resultater som viste tendenser i samsvar med hypotese 2a. Figur 3 illustrerer tendenser til endring hos diagnosegruppen anoreksi i samsvar med hypotese 2a, Rorschach-variablene AGM og AGC øker, MOR og MAP går ned, og samtlige av PAI-variablene går ned ved T2.

Figur 3: Rorschach- og PAI-variabler for anoreksi



Gjennom analysene av Rorschach-protokollene fremkommer det grupperinger ut i fra de enkeltes besvarelser. Deltakerne grupperte seg i to grupper ut i fra om de hadde flere eller færre svar som ble skåret som aggressive ved T2 i forholdt til ved T1. Seks deltakere hadde flere aggressive skårer ved T2. Gjennomsnittlig hadde denne gruppen totalt tre flere aggresjonsskårer ved T2, med variasjon fra en til fire. Under ”Gruppe med flere aggresjonssvar ved T2” i tabell 3 presenteres fordelingen av de gjennomsnittlige og det totale antallet aggresjonsskårer for denne gruppen. BMI-nivået var stabilt for tre deltakere, en gikk fra lav til normal BMI ved T2 og en gikk fra normal til lav BMI ved T2. BMI-nivået og fordelingen for diagnose, sykdoms- og behandlingens lengde vises under ”Gruppe med flere aggresjonssvar ved T2” i tabell 4. Av de resterende fem deltakerne var det en deltaker som ikke lot seg gruppere da denne deltakeren hadde et stabilt antall aggresjonsskårer fra T1 til T2. De andre fire hadde færre aggressive skårer ved T2. Gjennomsnittlig hadde denne gruppen totalt tre færre aggresjonsskårer ved T2, med variasjon fra en til åtte. Under ”Gruppe med færre aggresjonssvar ved T2” i tabell 3 presenteres fordelingen av de gjennomsnittlige og det totale antallet aggresjonsskårer for denne gruppen. Fordelingene av diagnose, BMI-nivå, sykdoms- og behandlingens lengde vises i tabell 4 under ”Gruppe med færre aggresjonssvar ved T2”.



Tabell 3: Undergrupper for antall Rorschach-svar ved T2

	Gruppe med flere aggresjonssvar ved T2 (N=6)				Gruppe med færre aggresjonssvar ved T2 (N=4)			
	T1 gjennomsnitt	T1 total	T2 gjennomsnitt	T2 total	T1 gjennomsnitt	T1 maks	T2 gjennomsnitt	T2 maks
AGM	0,5	3	0,8	5	0,8	3	0,8	3
AGC	2	12	4	24	1,8	7	1,5	6
MOR	1,3	8	2	12	2,8	11	1	4
MAP	1	6	1,2	7	1,8	7	0,8	3
Total	4,8	29	8	48	7,2	28	4,1	16

Tabell 4: Grupperinger av Rorschach-svar

	Gruppe med flere aggresjonssvar ved T2 (N=6)		Gruppe med færre aggresjonssvar ved T2 (N=4)		Gruppe med høyt antall aggresjonssvar (N=6)		Gruppe med lavt antall aggresjonssvar (N=5)	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Anoreksi	1	1	2	2	3	3	3	3
Bulimi	2	2	3	3	0	0	0	0
Blanding	3	3	1	1	2	2	2	2
Normal BMI	4	4	4	3	1	3	1	3
Lav BMI	2	2	2	3	4	2	4	2
Nysyk	2	2	3	3	4	4	4	4
Langvarig syk	4	4	3	3	1	1	1	1
Kort behandling	4	4	5	4	3	3	3	3
Lang behandling	2	2	1	2	2	2	2	2

Gjennom PAI-resultatene viste det seg tendenser til grupperinger på samme måte som i Rorschach-resultatene. I tråd med hovedhypotesen hadde fem av de syv som leverte PAI-testen for begge tidspunkt totalt sett færre aggressive svar ved T2, mens to deltakere hadde flere aggressive svar. For gruppen med færre aggressive svar ved T2 var den totale aggresjonsskåren gjennomsnittlig 6,4 poeng lavere, med variasjon fra ett til 12 poeng. To av fem hadde lavt BMI-nivå ved begge tidspunkt, to gikk fra lav til normal og en gikk fra normal til lav ved T2. Fire hadde diagnosen anoreksi og en hadde blanding. Alle i denne gruppen var nysyke. To hadde gått lengre i behandling, mens tre hadde startet nylig. Begge deltakerne med flere aggresjonsskårer ved T2 hadde lav BMI, lengre sykdoms- og behandlingstid, og en spiseforstyrrelse med bulimisyntomer.

Det viste seg også å være tendenser til grupperinger for når aggresjonsskårene for begge tidspunktene ble lagt sammen. Seks av 11 deltakere hadde til sammen seks eller flere svar som ble skåret aggressivt. Gjennomsnittlig hadde denne gruppen 8,8 aggresjonsskårer, med variasjon fra seks til 16. Under "Gruppe med høyt antall aggresjonssvar" i tabell 5 presenteres en oversikt over den gjennomsnittlige og totale fordelingen på de ulike aggresjonsskårene,

samt et totalt gjennomsnitt og totalt antall skårer for begge tidspunkt. Fordeling på diagnose, BMI-nivå, sykdoms- og behandlingstid vises i tabell 4 under ”Gruppe med høyt antall aggresjonssvar”. De resterende fem deltakere hadde til sammen fem eller færre svar som ble skåret aggressivt. Gjennomsnittlig hadde denne gruppen 3,3 aggresjonsskårer, med variasjon fra to til fem. Under ”Gruppe med lavt antall aggresjonssvar” i tabell 5 presenteres en oversikt over den gjennomsnittlige og totale fordelingen på de ulike aggresjonsskårene, samt et totalt gjennomsnitt og totalt antall skårer for begge tidspunkt. Fordeling på diagnose, BMI-nivå, sykdoms- og behandlingstid vises i tabell 4 under ”Gruppe med lavt antall aggresjonssvar”.

Tabell 5: Undergrupper med totalt antall Rorschach-aggresjonssvar

	Gruppe med høyt antall aggresjonssvar (N=6)				Gruppe med lavt antall aggresjonssvar (N=5)			
	T1 gjennomsnitt	T1 total	T2 gjennomsnitt	T2 total	T1 gjennomsnitt	T1 total	T2 gjennomsnitt	T2 total
AGM	1	6	1,2	7	0,2	1	0,2	1
AGC	3,3	20	4,2	25	0,6	3	1,8	9
MOR	2,3	14	2,2	13	1,6	8	1	5
MAP	1,7	10	1,5	9	0,8	4	0,4	2
Total	8,3	50	9,1	54	3,2	16	3,4	17

For undergruppene som ikke hadde resultater i samsvar med hypotesene: BMI-nivå, sykdoms og behandlingstid, var det gjennomgående tendenser til en verdiøkning eller verdinedgang på enkelte variabler i motsatt retning enn forventet ved T2. Alle disse undergruppene, utenom gruppen med lav BMI, tenderte til å ha en verdiøkning på variablene: MOR, MAP, AGG-A og AGG-V ved T2. Enkelte undergrupper viste en tendens til verdinedgang på AGM og AGC ved T2. Verdien på AGC-variabelen tenderte til å forholde seg stabil for alle undergruppene utenom gruppen med nysyke og gruppen som nylig hadde startet i behandling.

## 3.2 Kvalitative resultater

Svar på Rorschach-plansjene med aggresjon, morbiditet og ubalanse illustreres gjennom utdrag fra deltakernes svar. I utdragene fra enkelte svar vil tilleggsinformasjon fra utspøringsfasen markes med innrykk.

### 3.2.1 Aggressive svar

Aggressive responser fremkommer når respondenten oppfatter aggressiv aktivitet, men dette belyser ikke nødvendigvis personens holdninger ovenfor aggressiv aktivitet. Når aggressive svar med bevegelse gis forutsetter det at personen har en viss evne til å mentalisere aggressive

impulser, noe som kan belyse personens evne til å utsette handlingsresponsen. Aggressive svar måler mellommenneskelig kompetanse, relasjonelle evner, og representasjoner av selvet, andre og relasjoner (Meyer et al., 2011). Utdrag fra tre forskjellige deltakeres responser på plansje tre:

T1: *”Kanskje to personer som krangler om det i midten. Vet ikke helt, kanskje det er bånd mellom dem, vet ikke helt hva det skal være, kanskje det er noe med barn. Det der kan være en person som de river i stykker.”*

*”Det er rødt, det er noe mellom dem, båndet. Ser ryggraden til en person de river i stykker.”* (AGM, MOR, MAP)

T2: *”To personer i høyhælte sko som drar i noe”.*

*”Begge vil ha, de drar hver sin vei.”* (AGM)

T2: *”Ser ut som de krangler om det i midten. Det ser ut som en ryggrad.”*

*”Personer som krangler.”* (AGM)

T2: *”To personer som kjemper om noe.”*

*”Bruker bene til å sparke i fra.”* (AGM)

Svaret fra T1 er et mer omfattende og detaljert svar, enn de tre svarene fra T2. Sammenlignet med svarene fra T2, kan svaret fra T1 virke som det er mindre bearbeidet og mer umodent. Det fremstår mer kaotisk og altoppslukende i motsetning til svarene fra T2, som virker mer konkrete. Det kan tenkes at svarene fra T2 belyser at deltakerne har fått mer tilgang på, og/eller kontakt med, en delvis ubevisst og underliggende aggresjon som følge av behandling. En kan også tenke seg at aggresjonen er mer bearbeidet ved T2, dermed kan aggresjonene som gjenspeiles i disse svarene være lettere tilgjengelig for rapportering. Både i form av kvaliteten på svarene, men også antall svar som artikuleres.

### **3.2.2 Morbide svar**

Morbide svar fremkommer når respondenten ser noe som er defekt eller skadet, men dette gjenspeiler ikke nødvendigvis personens holdninger. I de fleste tilfeller ser respondenten seg

selv som ødelagt, feil eller skadet - av livet eller eksterne hendelser. Morbide svar kan innebære anerkjennelse av eller forventninger om aggresjon og/eller skade, men kan også være forbundet med aggressive tendenser eller aksept for aggresjon. Morbide svar representerer ofte en form for gjenkjenning eller forventning av aggresjon og skade, og måler ofte stress og ubehag (Meyer et al., 2011). Morbide svar kan være en indirekte, eller noen ganger en direkte, selvrepresentasjon (Exner, 2003). Utdragene er to forskjellige deltakeres respons på plansje tre.

T1: *"Det var også litt sånn ubehagelig bilde. Egentlig litt assosiasjoner til to sånne anorektiske tynne usexy damer som har pyntet seg med stiletthæler og fått silikonpupper. Jeg blir litt sånn sint. Også at de prøver å se litt sånn sexy ut og i følge meg ikke helt klarer det. Så ser det ut som de bærer en sånn tung bør, den svarte greia, ser ikke helt hva det er."*

*"Mye spisser på det, jeg er ikke noe glad i spisser. Spisse kanter alt, posisjonene de står i, litt sånn seksuell posisjon som ikke er de. Men tror posisjonen er på grunn av at de bærer noe veldig tungt. Spiseforstyrrelser. Fordommer."* (MOR)

T1: *"Det syns jeg ligner på to personer som prøver å løfte opp noe, noe tungt. De er veldig tynne, bena har ikke kontakt med overkroppen. Som et skjelett. Noe stahet i bilde. Kontroll. Nekter å gi slipp."*

*"Kuttet av ved hoften. Kvinnelig følelser. Høye hæler. Tynne som skjelett. Drar for tungt, de nekter å gi seg."* (MOR)

Svarene er omfattende og detaljerte beskrivelser, med mye ubehag og forakt. Siden jeg vet at disse besvarelsene kommer fra pasienter med spiseforstyrrelser, og de beskriver tynne kvinnelige personer med forakt og avsky, kan det tenkes at det er selvrepresentasjon som artikuleres gjennom disse responsene. Eller at svarene gjenspeiler den enkeltes opplevelse av å være spiseforstyrret. Begge utdragene er fra T1, de hadde ingen morbide svar ved T2. Det kan tenkes at disse to deltakerne, gjennom behandling, har fått bearbeidet stressende, ubehagelige, og/eller vonde tidligere erfaringer og/eller opplevelser. Noe som kan ha ført til en forbedret selvfølelse og kanskje ført til at en ikke føler seg så skadet/ødelagt av spiseforstyrrelsen lengre. Hvis det er tilfelle kan en anta at de morbide opplevelsene ikke lenger er så påtrengende og ikke opptar så mye plass i psyken, og dermed heller ikke artikuleres.

### 3.2.3 Svar med relasjonell ubalanse

Svar med ubalanse tyder på at respondenten konstruerer et kontrollerende, ondsinnet og/eller ødeleggende forhold. Personen kan gjenkjenne tidligere relasjoner eller forvente slike typer relasjoner i fremtiden. Svar med ubalanse er teoretisk sett et uttrykk for problematiske objektrelasjoner, skjemaer for mellommenneskelig samhandling og tilknytningsmodeller, men det kan også være responser på en psykologisk krisetilstand. Svar med ubalanse måler selvrepresentasjon, representasjoner av andre og er et generelt mål på nivået av objektrelasjonens funksjon (Meyer et al., 2011). Utdrag fra en deltakers svar på plansje syv.

T1: *"Gjenspeil. Jeg syns det ser ut som de strever med noe. Gaper over noe. Armene bundet bak. Forsøker å puste, men greier det ikke. Mangel på kontroll. Litt sånn, ikke helt levende heller."* (MOR, MAP)

T2: *"To personer som sitter mot hverandre. Holder armene sine bakover. Festet sammen i bena. Ser ikke ut som de kan bevege seg. Sitter fast. Handlingslammetheten knytter de sammen. Vet ikke, men sitter fast i noe. Ser ut som de har det slitsomt. Strever for å komme seg løs."*

*"I tvangstrøye begge to. Kan være de sitter under to dyner også da."* (MAP)

Begge svarene illustrerer noen som strever og fremstår kontrollert av noe, mot sin vilje. Svaret fra T1 er en ubehagelig beskrivelse av noen som strever for å få kontroll, svaret fremstår noe fragmentert forvirrende. Svaret fra T2 er fremdeles en ubehagelig beskrivelse av noen som ikke har kontroll, men det fremstår mer bearbeidet og mindre grotesk enn ved T1. Ved T1 er de bundet og strever med å puste, mens ved T2 er det følelsen av "handlingslammethet" som knytter personene sammen. Det er fortsatt slitsomt, men det representerer ikke samme nivå av ubehag som i svaret fra T1. Her kan en tenke seg at denne deltakeren, gjennom behandling, har fått bearbeidet dårlige erfaringer med tidlige og eventuelt kontrollerende objektrelasjoner, og/eller bearbeidet/korrigert en negativ selvrepresentasjon gjennom behandling. Samt fått økt kompetanse innen mellommenneskelig fungering, noe som kan ha ført til en følelse av agens og mer kontroll over eget liv. Det kan være en forklaring på at svaret fra T2 fremstår mer helhetlig og mindre ubehagelig.

Som et lite ad hoc-eksperiment gjorde veilederen min og jeg en uformell undersøkelse hvor han ut i fra helt anonymiserte Rorschach-protokoller skulle finne hvilke to som hørte til

samme person og hvilken protokoll som tilhørte T1 og T2. Alle par ble riktig gjettet og det var kun tre T1/T2 feil. Dette kan være med på å understreke individuelle forskjeller/kvaliteter mellom deltakerne, men også en viss forbedring ved T2.

## 4 Diskusjon

Resultatene viste endringer fra T1 til T2, men de var ikke statistisk signifikante. Resultatene fra Rorschach-metoden viste tendenser i samsvar med hovedhypotesen, en verdiøkning i AGC- og AGM-variablene og en nedgang i verdien på MOR- og MAP-variablene ved T2. Resultatene fra PAI-testen viste også tendenser i samsvar med hovedhypotesen, en nedgang i verdien på samtlige variabler ved T2. Det viste seg at det kun var én deltaker som hadde Rorschach-skårer i tråd med hovedhypotesen, mens det var fem deltakere som hadde PAI-skårer i tråd med hovedhypotesen. På undergruppeforskjellene var det kun undergruppen med diagnose som viste tendenser i tråd med hypotesen, deltakere med anoreksi hadde skårer som samsvarte med hovedhypotesen og hypotese 2a. Hovedtrekkene for undergruppene uten resultat som samsvarte med hypotesene viste seg gjennomgående å være verdiøkning eller verdinedgang på enkelte variabler i motsatt retning enn forventet ved T2.

### 4.1 Forskjeller i resultater, forskjeller i metode?

Siden PAI er en selvrapporteringsstest reflekterer besvarelsene hvordan deltakerne tenker om seg selv, hvordan de handler i tråd med sitt selvkonsept og hvordan de foretrekker å bli sett av andre (Meyer et al., 2011). Gjennom Rorschach-metoden reflekterer besvarelsene implisitte trekk og motiver som kan være, men ikke nødvendigvis er, en del av individets verbale selvbeskrivelse eller selvkonsept (Meyer et al., 2011). Forskjeller i resultatene gjenspeiler kanskje også forskjellene i de to metodene, PAI-testen reflekterer en bevisst fremstilling av deltakerne mens Rorschach-metoden reflekterer en mer ubevisst fremstilling av deltakerne. I lys av dette ønsker jeg å presentere noen alternative måter å forstå resultatene på, ut fra hvordan de ulike variablene i Rorschach-metoden og PAI kan tolkes. De to Rorschach-variablene som sank i verdi, MOR og MAP, er kanskje de to variablene som er mest sammenlignbare med aggresjonsvariablene i PAI. Aggresjonsvariablene i PAI beskrives som opplevelser og holdninger knyttet til aggresjon (Hall, 2006). I beskrivelsen av MOR- og MAP-variablene kan en få inntrykk av at dette er uttrykk for å være et offer for aggresjon (Meyer et al., 2011). Det kan virke som at beskrivelsene av aggresjonsvariablene i PAI og MOR- og MAP-variablene i Rorschach-metoden omfatter omtrent samme fenomen, eventuelt at PAI-variablene gjenspeiler utøveren av aggresjon mens Rorschach-variablene gjenspeiler offer for aggresjon. Bearbeidning gjennom behandling kan være en forklaring på hvorfor

verdiene på disse variablene endret seg i samme retning. En kan tenke seg at gjennom bearbeidning så kan en ha oppnådd en viss aksept for det som har skjedd, samtidig som en ikke nødvendigvis lenger aksepterer synet på seg selv som offer. I tråd med dette kan verdiene på MOR- og MAP-variablene synke fordi personen kanskje har fått et mer nyansert forhold til sin historie, som gjenspeiler en mer nyansert oppfattelse og tolkning av Rorschach-stimuli. Dette kan ha ført til at det var færre svar ved T2 som ble skåret som MOR og MAP og altså førte til at verdien på disse variablene sank. Videre kan denne aksepten føre til at en kjenner på mindre urettferdighet og aggresjon, og dermed rapporterer mindre aggressivitet, noe som kan ha ført til at verdien på aggresjonsvariablene i PAI også sank.

Samtidig kan det også trekkes likhetstegn mellom aggresjonsvariablene i PAI og Rorschach-variablene AGM og AGC, som viste verdiendringer i motsatt retning. AGM- og AGC-variablene skal belyse oppfattelse av aggresjon og en muligens identifisering med aggresjon (Meyer et al., 2011). Holdinger til aggresjon og en muligens identifisering med aggresjon kan være mål på noe av det samme. Hvis det er tilfelle, kan det tenkes at en gjennom behandling kan få mer kontakt med indre og delvis ubevisst aggresjon. Dette kan være en forklaring på at verdiene i AGM- og AGC-variablene økte. Som en følge av dette får en kanskje også utløp for den aggresjonen på en mer adekvat og forløsende måte. Dermed blir ikke aggresjonene fullt så påtrengende og altopplukende, noe som kan være en forklaring på at verdiene på PAI-variablene sank.

## 4.2 Stabilitet fremfor endring?

Det at resultatene ikke var signifikante kan forklares med at det var for få deltakere og for kort retest-intervall, men er det også mulig at resultatene gjenspeiler deltakernes stabilitet fremfor endring? Roberts & DelVecchio (2000) fant gjennom en metaanalyse at personlighet viste seg å ha et relativt høy nivå av rank-order konsistens livet gjennom. Forskerne pekte på at det er flere psykologiske faktorer og kognitive strukturer som er assosiert med økt konsistens, samt tenderer til å fremme konsistens gjennom livet. Ego-resiliens er en faktor som ser ut til å predikere personlighetskonsistens. Jo mer resilient en person er, jo større er også sannsynligheten for at vedkommendes personlighet er konsistent over tid (Asendorpf & van Aken, 1991). Samtidig som det er faktorer som øker sannsynligheten for konsistens og stabilitet over tid, er det også faktorer som gjør det motsatte. Schuerger, Zarrella & Hotz (1989) fant at i kliniske grupper var stabilitetsmål av personlighet lavere sammenlignet med



ikke-kliniske grupper. I sammenheng med dette antas det også at kliniske grupper er mindre emosjonelt stabile (Roberts & DeVecchio, 2000). I og med at det ikke ble kontrollert for anamnesticke opplysninger som bakgrunnshistorie og komorbide diagnoser, blir argumenter for det ene eller det andre noe usikre. Jeg mener allikevel dette er viktige aspekter som må tas med i betraktning av resultatene for dette prosjektet, og for studier innen terapiutfall generelt.

Fowler et al. (2004) testet pasienter før og etter 16 måneder intensiv psykodynamisk behandling og fant endringer som tilsa at disse pasientene kunne gjenvinne en mer funksjonell livsstil. Forskerne fant signifikant forbedring i symptom, mellommenneskelig fungering og arbeidsevne, men ingen endring i emosjonell investering i nære relasjoner. Terlidou et al. (2004) fant mange av de samme signifikante endringene hos pasienter i to års gruppeanalytisk psykoterapi; nedgang i kliniske symptomer, forbedret mellommenneskelig fungering og forbedret evnet til adekvate emosjonsuttrykk. Begge studiene ble utført med Rorschach-metoden i tillegg til andre selvutfyllende personlighetstester. I litteraturen enes det ikke om Rorschach-metoden måler stabilitet fremfor endring, eller motsatt, og det foreligger funn som argumenterer for begge sider (Exner, 1993; Fowler et al., 2004; Grønnerød, 2004; Terlidou et al., 2004). Resultatene i dette prosjektet kan i likhet med Rorschach-metoden og personlighet gjenspeile at det ikke er et enten-eller-forhold, men at det er både og. Jeg tror resultatene presenter sider av personligheten til deltakerne som er relativt stabil og andre sider som er i endring. Uansett hva mine resultater gjenspeiler er det viktig å ta med i betraktning at studier på psykoterapiutfall har vist at symptomer, atferd og personlighetsfungering responderer på ulike måter og på ulike tidspunkt gjennom en behandling. Dermed kan ikke all personlighetsfungering forbedres samtidig (Fowler et al., 2004) og da kan en heller ikke forvente at det skal kunne måles samtidig. Det kan også tenkes at tendensen til endringer belyst gjennom resultatene, var en ren tilfeldighet.

### **4.3 Hvordan skal disse resultatene forstås?**

Gacono & Meloy (1994) hevdet at det var større sannsynlighet for at aggresjon vil bli artikulert via Rorschach-metoden når aggressive impulser produserer intrapsykisk spenning. Selv om Gacono & Meloy ikke direkte knytter denne påstanden til kliniske grupper kan en anta at kliniske grupper, og kanskje spesielt den kliniske gruppen deltakeren i dette studiet representerer, kanskje forsøker å undertrykke aggresjon. Som følge av dette produserer flere aggressive responser gjennom Rorschach-metoden enn ikke-kliniske grupper. Denne

antagelsen passer med resultatene i dette studiet, som viste at deltakere hadde gjennomsnittlig flere svar på neste alle aggresjonsvariablene sammenlignet med to normative grupper fra R-PAS (Meyer et al., 2011). Antagelsen passer også med utgangspunktet for at aggresjon ble valgt ut som et mål på endring. Den kliniske gruppen deltakerne i dette prosjektet representerer har via Rorschach-metoden vist seg å ha et høyt aggresjonsnivå. Antagelsen passer ikke med funn fra Exner (2003), hvor resultatene tydet på at ikke-kliniske grupper tenderer til å produsere flere aggressive responser enn kliniske grupper. Exner sammenlignet antall aggressive responser for to grupper med voksne individer, en ikke-klinisk og en klinisk gruppe. 63 prosent av den ikke-kliniske gruppen ga minst en aggressiv respons og 12 prosent ga flere enn to, mens 48 prosent av den kliniske gruppen ga minst en aggressiv respons og bare fire prosent ga flere enn to.

I et studium av Carr (1949) ble Rorschach-metoden bruk for å evaluere psykoterapiutfall. Ni pasienter, men ulik grad av patologi, terapilengde og intensitet, fikk administrert Rorschach-metoden før terapioppstart og etter avsluttet terapi. På gruppenivå var det verken kvantitative eller kvalitative signifikante endringer. Carr pekte på at tiden mellom terapislutt og Rorschach-retest kan ha virket inn på resultatene, at kanskje Rorschach-retest ble administrert for raskt etter terapislutt. Carr argumenterte for at de endringene som kan måles gjennom Rorschach-metoden er endringer som tar tid, og at de endringene som kanskje var å finne i dette utvalg ikke var ferdigutviklet og/eller etablert. Dermed heller ikke målbare ved retest-tidspunktet. Kanskje mine resultater gjenspeiler noe av det samme som Carr påpekte, at retest-tidspunktet var for tidlig. Tilforskjell fra mitt studium ble utvalget til Carr retestet etter at terapien var avsluttet, mens mine retest-målinger ble gjort underveis i behandlingen. Hvis det Carr problematiserte er tilfellet, kan tidspunktet for retest ha påvirket resultatene i mitt studium. Pasienter med spiseforstyrrelser har ofte automatiserte vaner, tanker og følelser som er med på å opprettholde spiseforstyrrelsen. Disse må omjusteres og endres, noe som kan ta tid. Spesielt hvis disse endringene skal kunne opprettholdes og vedvare over lengre tid. Det er et kjent fenomen at varig endring ikke kommer av seg selv. Et viktig aspekt ved at foreløpig endring skal bli til varig endring, er at individet må stå inne for endringene. Når en er drevet at automatiserte vaner, tanker og følelser er det lett for å falle tilbake til gamle spor, selv om en er i behandling. Jeg tenker at det er kanskje noe av dette mitt studium har fanget opp. Jeg antar, og håper, at deltakeren i dette studiet har tilegnet seg endringer i positiv retning mellom T1 og T2. Men at disse endringene fortsatt kanskje er såpass ferske at de ikke er etablert som permanente endringer hos den enkelte, og dermed heller ikke belyses via Rorschach-metoden.

At dette er endringer som er på vei til å bli permanente, men som må bearbeides og justeres over en lengre periode. Hadde retest-intervallet mitt vært lengre, og eventuelt vært satt til etter terapislutt, hadde kanskje også resultatene mine blitt signifikante. Da hadde kanskje deltakernes endringer vært etablert som permanente og naturlige deler av individet, og dermed kunne endringene kanskje blitt belyst via Rorschach-metoden.

Under analysene ble det gjort gjentatte forsøk på å finne likheter innad i undergrupper og forskjeller mellom undergrupper, og forklaringer på hvorfor noen er lik på en variabel men ikke på en annen, uten spesielt hell. En mulig forklaring slik jeg ser det er at deltakerne i dette prosjektet gjenspeiler en pasientpopulasjon som på et overordnet nivå har et likt symptomuttrykk, men ved et litt dypere dykk fremstår som unike individer som ikke lett lar seg gruppere. Undergrupperesultatene gjenspeiler kanskje nettopp at dette er unike individer med unike individuelle forskjeller i alt fra tidligere erfaringer og opplevelser, emosjonsregulering, tilknytningsstil, genetikk, kognitive evner, relasjonelle erfaringer, tilleggsdiagnoser, bearbeidingsstil, terapierfaringer og en rekke andre ting. Som trenger å bli møtt som unike individer, og få behandling som er tilpasset den enkeltes problematikk.

## 4.4 Begrensninger

Dette studiet har åpenbare begrensninger i forhold til antall deltakere og retest-intervall. Det er ikke kontrollert for komorbide diagnoser. Seksuelt misbruk og depresjon er vanlige komorbide diagnoser (Rothschild et al., 2009). En kan anta at flere av deltakerne har en eller flere komorbide diagnoser, deriblant depresjon. Depresjon ser ut til å virke inn på rapportering av forsvarsstil i den forstand at det blir færre rapporteringer av moden forsvarsstil når informanter er deprimert (Steiner, 1989). Hvis det viser seg at pasienter med bulimisyntomer underrapporterer moden forsvarsstil fordi de er mer deprimerte i forhold til restriktive anorektikere, og som følge av dette blir feilaktig vurdert til å ha en mindre moden forsvarsstil, kan dette ha implikasjoner for min hypotese om at deltakere med anoreksi vil ha mest fremtrede endringer grunnet mest moden forsvarsstil. Alder påvirker også modenhetsnivået i forsvarsstilen i den retningen en vil anta (Steiner). Alder er ikke tatt med i analysene av resultatene i dette studiet.

Deltakere kan ha erfaringer med mange ulike kliniske tradisjoner som kan ha implikasjoner for blant annet språk, og kanskje spesielt hvordan møte med Rorschach-plansjene ble. Seks av

11 deltakere hadde erfaring med tidligere behandling, det ble ikke tatt hensyn til i analysene. Det er heller ikke kontrollert for om deltakerne går i individuellterapi eller gruppeterapi, om de går i samtaleterapi, kunstterapi eller måltidsrettet terapi. Hvis dette hadde vært kontrollert for og analysert, er det mulig det ville hatt implikasjoner for eventuelle grupperinger i resultatene. Siden en stor andel av behandlingen ved enheten er kunstterapi kan dette ha hatt implikasjoner for deltakernes evne til å skape mening i diffuse motiver som Rorschach-plansje jo er. Ingen av deltakerne i prosjektet var alvorlig undervektig i lys av selvrapportert BMI-nivå, men flere hadde et lavt BMI-nivå. Pasienters refleksjonsevne kan påvirkes av alvorlig undervekt (Espeset et al., 2012).

## 4.5 Implikasjoner

Generaliserbarheten for dette prosjektet er uvisst. Noen av informantene var av utenlandsk opprinnelse, men de fleste var norske. Alle snakket norsk. Alle deltakerne var unge kvinner fra 19 til 33 år i frivillig poliklinisk behandling for spiseforstyrrelser.

Dette prosjektet kan ha implikasjoner for hvordan en ser på denne pasientpopulasjonen og hvordan en tenker i forhold til behandling. Studien har kanskje belyst forskjeller mellom individer fremfor grupperinger, noe som kan tyde på at individene i denne pasientpopulasjonen kan nyttiggjøre seg av et individuelt tilpasset behandlingsopplegg. Dette er i tråd med synspunktene til Rothschild et al. (2009) som poengterte at et individuelt behandlingsopplegg tilpasset individets personlighetsmønster påvirker behandlingsutfall.

Det som ikke har blitt gjort i dette studiet, som kunne vært veldig interessant er å se om det hadde vært tendenser til grupperinger ut i fra ulike terapeutiske tilnærminger, fremfor kliniske grupperinger. Med et større utvalg og et lengre retest-intervall, hadde en kanskje sett grupperinger ut i fra om deltakerne gikk i individuellterapi eller gruppeterapi, med enten kunstterapi og samtaleterapi.

# Litteraturliste

- Allan, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2093-2110. doi: 10.1177/0886260510383035
- Asendorpf, J. B., & van Aken, M. A. G. (1991). Correlates of the temporal consistency of personality patterns in childhood. *Journal of Personality*, 59, 689-703. doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00927.x
- Boccaccini, M.T., Murrie, D.C., Hawes, S.W., Simpler, A. & Johnson, J. (2010). Predicting recidivism with the personality assessment inventory in a sample of sex offenders screened for civil commitment as sexually violent predators. *Psychological Assessment*, 22, 142-148. doi: 10.1037/a0017818
- Boone, D. (1998). Internal consistency reliability of the personality assessment inventory with psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 839-845. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199810)54:6<839::AID-JCLP12>3.0.CO;2-M
- Bornstein, R.F. (2001). Clinical utility of the Rorschach inkblot method: Reframing the debate. *Journal of Personality Assessment*, 77, 39-47. doi: 10.1207/S15327752JPA7701\_03
- Braun, D.L., Sunday, S.R & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Carr, A.C. (1949). An evaluation of nine nondirective psychotherapy cases by means of the Rorschach. *Journal of Consulting Psychology*, 13(3), 196-205. doi: 10.1037/h0060177
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.282
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646. doi: 10.1037/0003-066X.55.6.637

- Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Nordbø, R.H.S, Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur.Eat. Disorders Rev.* doi: 10.1002/erv.2183
- Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol.1: Basic foundations.* (3. utg.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol.1: Basic foundations and principles of interpretation.* (4. utg.). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.  
Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603123781>
- Fowler, J.C., Ackerman, S.J., Speanburg, S., Bailey, A., Blagys, M. & Conklin, A.C. (2004). Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: Evaluation of the phase model of change using Rorschach, TAT and DSM-IV Axis V. *Journal of Personality Assessment*, 83, 306-322. doi: 10.1207/s15327752jpa8303\_12
- Gabbard, G.O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text.* (2. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gacono, C.B., Bannatyne-Gacono, L., Meloy, J.R. & Baity, M.R. (2005). The Rorschach extended aggression scores. *Rorschachiana*, 27, 164-190. doi: 10.1027/1192-5604.27.1.164
- Gacono, C.B. & Meloy, J.R. (1994). The Rorschach aggression of aggressive and psychopathic personalities. I I.B. Weiner (red.), *Personality and clinical psychology series* (s. 1-361). Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grønnerød, C. (2003). Temporal stability in the Rorschach method: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 80, 272-293. doi: 10.1207/S15327752JPA8003\_06
- Grønnerød, C. (2004). Rorschach assessment of changes following psychotherapy: a meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 83, 256-276. doi: 10.1207/s15327752jpa8303\_09

- Grønnerød, C. (2006). Reanalysis of the Gronnerod (2003) Rorschach temporal stability meta-analysis data set. *Journal of Personality Assessment*, *86*, 222-225. doi: 10.1207/s15327752jpa8602\_12
- Hall, C.W. 2006. Self-reported aggression and the perception of anger in facial expression photos. *The Journal of Psychology*, *140*, 255-267. doi: 10.3200/JRLP.140.3.255-267
- Hall-Flavin, D.K (2011, 9. mars). Re: What are signs and symptoms of passive-aggressive behavior? [Online forum comment]. Hentet fra <http://www.mayoclinic.com/health/passive-aggressive-behavior/AN01563>
- Hartmann, E., Grønnerød, C., Krog, D., Vanem, P.C. & Høstmark Nielsen, G. (2003). *Innføring i Rorschach-metodikk*. Oslo, Norge: J.W.Cappelens Forlag.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (1967). *The Minnesota multiphasic personality inventory*. New York: The Psychological Corporation.
- Hiller, J.B., Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D.T.R. & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Roschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, *11*, 278-296. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.278
- Hilsenroth, M.J. & Stricker, G. (2004). A consideration of challenges to psychological assessment instruments used in forensic settings: Rorschach as exemplar. *Journal of Personality Assessment*, *83*, 141-152. doi: 10.1207/s15327752jpa8302\_08
- Hopwood, C., Ambwani, S. & Morey, L. (2007). Predicting nonmutual therapy termination with the personality assessment inventory. *Psychotherapy Research*, *17*, 706-712. doi: 10.1080/10503300701320637
- Hopwood, C.J., Creech, S.K., Clark, T.S., Megher, M.W. & Morey, L.C. (2008). Predicting the completion of an integrative and intensive outpatient chronic pain treatment with the personality assessment inventory. *Journal of Personality Assessment*, *90*, 76-80. doi: 10.1080/00223890701693785
- Karlin, B.E., Creech, S.K., Grimes, J.S., Clark, T.S., Meagher, M.W. & Morey, L.C. (2005). The personality assessment inventory with chronic pain patients: Psychometric properties and clinical utility. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 1571-1585. doi: 10.1002/jclp.20209

- Kivisto, A.J. & Swan, S.A. (2012). Rorschach measures of aggression: A laboratory-based validity study. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2012.713882
- Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12, 309-318. Hentet fra <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/383/358>
- Meyer, G.J. (1997). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Roschach comprehensive system. *Psychological Assessment*, 9, 480-489. doi: 10.1037/1040-3590.9.4.480
- Meyer, G.J., Hilsenroth, M.J., Baxter, D., Exner Jr., J.E., Fowler, J.C., Piers, C.C. & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Roschach comprehensive system in eight data sets. *Journal of Personality Assessment*, 78, 219-275. doi: 10.1207/S15327752JPA7802\_03
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Meyer, G.J., Viglione, D.J, Mihura, J.L., Erard, R.E. & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System. Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Toledo,OH: Rorschach Performance Assessment System.
- Mihura, J.L., Nathan-Montano, E., Alperin, R.J. 2003. Rorschach measures of aggressive drive derivatives: A college student sample. *Journal of Personality Assessment*, 80, 41-49. doi: 10.1207/S15327752JPA8001\_12
- Minutello, R.M., Chou, E.T., Hong, M.K, Bergman, G., Parikh, M., Iacovone, F. & Wong, S.C. (2004). Impac of body mass index on in-hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. *The American Journal of Cardiology*, 93, 1229-1232. doi: 10.1016/j.amjcard.2004.01.065
- Mitto, P., De Coppi, M. Frezza, M., Petretto, D.R., Malsala, C. & Preti, A. (2003).Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 108, 183-189. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00121.x



- Morey, L.C. & Kurtz, J.E. (1995). Assessment of general personality and psychopathology among persons with eating and weight-related concerns. I D.B. Allison (red.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems: Measures, theory, and research* (s.1-22). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Nøkleby, H. & Lauritzen, G. (2006). Rusmiddelbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie. *Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport Nr.3*. Hentet fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/sirusrap.3.06.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.3.06.pdf)
- Poikolainen, K., Kanerva, R., Marttunen, M & Lönnqvist, J. (2001) Defence styles and other risk factors for eating disorders among female adolescents: A case-control study. *European Eating Disorders Review*, 9, 325-334. doi: 10.1002/erv.407
- Roberts, B.W. & DelVecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 126, 3-25. doi: 10.1037/0033-2909.126.1.3
- Rothschild, L., Lacoua, L. Eshel, Y. & Stein, D. (2008). Changes in defensiveness and in affective distress following inpatient treatment of eating disorders: Rorschach comprehensive system and self-report measures. *Journal of Personality Assessment*, 90, 356-367. doi: 10.1080/00223890802107982
- Rothschild, L., Lacoua, L. & Stein, D. (2009). Changes in implicit and explicit measures of ego functions and distress among two eating disorder subgroups: Outcomes of integrative treatment. *Eating Disorders*, 17, 242-259. doi: 10.1080/10640260902848592
- Schmidt, U., Slone, G., Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Childhood adversity and adult defence style in eating disorder patients – A controlled study. *British Journal of Medical Psychology* 66, 353-362. doi: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01761.x
- Schuerger, J. M., Zarrella, K. L., & Hotz, A. S. (1989). Factors that influence the temporal stability of personality by questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 777—783. doi: 10.1037/0022-3514.56.5.777

- Society for Personality Assessment. (2005). The status of the Rorschach in clinical and forensic practice: An official statement by the Board of Trustees of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 85, 219-237.
- Steiner, H. (1989). Defense styles in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 141-151. doi: 10.1002/1098-108X(199003)9:2<141::AID-EAT2260090203>3.0.CO;2-G
- Tasca, G.A, Wood, J., Demidenko, N. & Bissada, H. (2002). Using the PAI with an eating disordered population. Scale characteristics, factor structure and differences among diagnostic groups. *Journal of Personality Assessment*, 79, 337-356. doi: 10.1207/S15327752JPA7902\_14
- Terlidou, C., Moschonas, D., Kakitsis, P., Manthouli, M., Moschona, T. & Tsegos, I.K. (2004). Personality changes after completion of long-term group-analytic psychotherapy. *Group Analysis* 37, 401-418. doi: 10.1177/533316404045524
- Ulberg, R., Høglend, P., Marble, A. & Johnasson, P. (2012). Women respond more favorably to transference interventions than men: A randomized study of long-term effects. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 200, 223-229. doi: 10.1097/NMD.0b013e318247cb6d
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Viglione, D.J. & Hilsenroth, M.J. (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future. *Psychological Assessment*, 13, 452-471. doi: 10.1037/1040-3590.13.4.452
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.137
- Walters, G.D. (2007). Predicting institutional adjustment with the lifestyle criminality screening form and the antisocial features and aggression scales of the PAI. *Journal of personality assessment*, 88, 99-105. doi: 10.1080/00223890709336840

WHO International Classification of Diseases tenth revision. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. (2009). København, Danmark: World Health Organization.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Forskningsprotokoll

### Forskningsprotokoll

#### 1. Rekruttering

- a. Behandlingsstedet vil få en skriftlig presentasjon av prosjektet. Enhetens behandlere vil presentere prosjektet for pasienter som er egnet til å delta i prosjektet.
- b. Pasienter som er egnet og interessert i prosjektet får en skriftlig beskrivelse av hva prosjektet går ut på, hvor lang tid det vil ta for de som deltakere og en redegjørelse for hvordan deres testresultater vil bli behandlet konfidensielt. Pasienter blir fortalt at de får en ukes betenkningstid på om de har lyst å delta i prosjektet.
- c. En uke etter den enkelte pasient har blitt informert om prosjektet får den enkelte pasient tilbud gjennom behandler om å delta i prosjektet.
- d. Pasienter som ønsker å delta får utdelt et samtykkeskjema som må fylles ut. Enhetens behandlere setter opp tidspunkt for testing sammen med hver enkelt pasient.

#### 2. Testprosedyre

- a. Administrator administrerer Rorschach-metoden individuelt.
- b. Deltakeren får med seg en PAI-test med ID-nummer hjem. Avtaler avlevering av PAI-testen med administrator.
- c. Testingen skal foregå i to omganger, med inntil seks måneders mellomrom, her kalt T1 og T2.

#### 3. Individuell testingssituasjon: T1

- a. Før første test i T1 utføres vil administrator klargjøre forskningsprosjektet:

- i.** “Du er en del av et hovedoppgaveprosjekt. Datainnsamlingen vil foregå i to omganger, med et års mellomrom. All informasjon som du gir oss vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at informasjonen du gir ikke vil bli gitt til andre pasienter, behandlere eller andre utenforstående. Å delta i dette prosjektet vil ikke ha noen direkte personlig konsekvens for deg, men kan være med på å utarbeide bedre behandlingstilbud for andre i behandling for spiseforstyrrelser ved en senere anledning. Dine testresultater vil ikke ha noe å si i forhold til din behandling ved enheten, dine behandlere ved enhet vil heller ikke ha innsyn i dine testresultater.”
  - ii.** ”I første omgang skal vi gjennomgå et spørreskjema og en såkalt friresponstest. Spørreskjemaet fyller du ut selv, friresponstesten skal du gå gjennom sammen med en testadministrator. Resultatene vil kun bli brukt til forskning. Jeg vil lese instruksjoner for hver test før du testes. Det er ingen tidsbegrensninger, men det er ønskelig at hver test fullføres i sin helhet før testsituasjonen avsluttes. Du vil få tildelt et ID-nummer som skal brukes på de ulike testene. ”
- b.** Pasienten møter opp til forutbestemt tidspunkt for Rorschach-metoden. Testingen gjennomføres på standardisert måte, pluss at det gjennomføres en Post-Rorschach i etterkant. Standardinstruksjonen for Rorschach presenteres.

  - i.** Innledende samtale: en innledende samtale på forhånd vil kunne gjøre situasjonen mer naturlig og dempe angst hos testpersonen. Administrator spør om pasienten har hatt tidligere erfaringer med Rorschach, i så fall hvilke. Hvis pasienten har tidligere erfaringer med Rorschach blir pasienten bedt om å se bort fra dette.
  - ii.** Instruksjon for spontanopptak: “Her har jeg en del bilder som jeg skal vise deg. Det er ti stykker i alt. De forestiller ikke noe bestemt. De er laget på den måten at en har hatt blekk på et papir, slik (viser), brettet sammen og brettet ut igjen, slik at de har blitt til noen figurer. Nå vil jeg gjerne at du skal se på dem og fortelle meg hva du synes de kan likne på eller minne om. Det er ikke noe som er riktig eller galt,

forskjellige mennesker ser forskjellige ting, og nå vil jeg gjerne at du forteller hva du syns de minner om. Gi meg to til tre svar på hvert bilde, og når du er ferdig kan du legge bildet ned. Er det da noe du lurer på?”

**iii.** Instruksjon for utspørring: “Vi har nå gått gjennom alle bildene én gang, og nå skal vi gå gjennom dem én gang til. Jeg vil at du skal hjelpe meg til å se det du så. Jeg leser svarene dine, og så viser du meg hvor du så dem, og hva det var som gjorde at det så slik ut for deg. På den måten kan jeg bli sikrere på at jeg ser dem slik du gjør. Er det greit?”

**iv.** Instruksjon for Post-Rorschach: Etter at utspørringen er ferdig legges alle plansjene i følgende formasjon på gulvet foran testpersonen:

	<b>I</b>	
<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>VII</b>
<b>VIII</b>	<b>IX</b>	<b>XI</b>

Deretter stiller man syv spørsmål: “1. Hvilken plansje liker du best?; 2. Hvilken plansje liker du minst?; 3. Hvilken plansje minner deg mest om mor eller en morsfigur?; 4. Hvilken plansje minner deg mest om far eller en farsfigur?; 5. Hvilken plansje er mest skremmende?; 6. Hvilken plansje minner deg mest om kjærlighet?; 7. Hvilken plansje minner deg mest om noe seksuelt?” Testpersonen kan angi ingen, en eller flere plansjer til hvert spørsmål.

**v.** Pasienten fullfører Rorschach-testen.

**vi.** Pasienten blir instruert om å ikke si noe om testen til andre pasienter, men de kan snakke med behandlere på enheten.

**vii.** Pasienten får med PAI-test hjem, avklarer avlevering av PAI-testen med administrator.

#### **4. Etter fullføring av begge tester i første omgang (T1)**

- a. Alle pasienter presenteres individuelt for følgende informasjon:
  - i. “Du har nå fullført første del av to omganger i dette hovedoppgaveprosjektet. Nå vil det bli omtrent seks måneder til neste gang. Når neste gang begynner å nærme seg vil du bli kontaktet av administrator for å avtale tidspunkt for andre omgang. I mellomtiden vil testresultatene dine bli behandlet konfidensielt. Det er kun administrator og andre personer tilknyttet prosjektet som har tilgang på dine testresultater.”

## **5. Individuell testingssituasjon: T2**

- a. Før første test i T2 utføres vil administrator klargjøre forskningsprosjektet:
  - i. “Du er en del av et hovedoppgaveprosjekt. Dette er siste del av datainnsamlingen. All informasjon som du gir oss vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at informasjonen du gir ikke vil bli gitt til andre pasienter, behandlere eller andre utenforstående.”
  - ii. “Du få to oppgaver, de samme som sist. Den første oppgaven er en friresponstest som du går igjennom sammen med en testadministrator, den andre oppgaven er et spørreskjemaer du fyller ut selv. Testresultatene vil kun bli brukt til forskning. Jeg vil lese instruksjoner for hver test før du testes. Det er ingen tidsbegrensninger, men det er ønskelig at hver test fullføres i sin helhet før testsituasjonen avsluttes.”
  - iii. Pasienten gjør avtaler og går gjennom testene som under T1.

## **6. Etter fullføring av begge tester i andre omgang (T2)**

- a. Alle pasienter presenteres individuelt for følgende informasjon:
  - i. “Du har nå fullført andre og siste omgang av dette hovedoppgaveprosjektet. Testresultatene dine vil bli behandlet konfidensielt, Det er kun administrator og andre personer tilknyttet prosjektet som har tilgang på dine testresultater. Det vil ta litt tid for oss å behandle disse resultatene så akkurat nå vet vi ikke noe spesifikt om

sluttresultatet. Arket som knytter ditt navn til ditt ID-nummer vil bli slettet en uke etter at datainnsamlingen er avsluttet. Etter dette vil vi kun ha ditt ID-nummer. Dette betyr at den informasjonen du har gitt oss ikke kan spores tilbake til deg. Testene du har vært igjennom skal brukes for å kartlegge effekten av behandlingen som mottas ved denne enheten gjennom å se på endringer i forsvar og mestringsstrategier. Resultatene vil bli presentert i en hovedoppgave som enheten får et eksemplar av og som du får mulighet til å lese.”

**ii.** Alle deltakerne kan spørre om mer informasjon og blir gitt skriftlig kontaktinformasjon:

**1.** Prosjektleder: Cato Grønnerød, dr. psychol.

Epost: [catogro@psykologi.uio.no](mailto:catogro@psykologi.uio.no) Telefon: +47 22 84 52 03

Prosjektadresse: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo,  
Postboks 1094 Blindern, 0317 Oslo, Norge

**2.** Prosjektmedarbeider: Siri Fors Haugen, stud. psychol.

Epost: [sirifh@student.uio.no](mailto:sirifh@student.uio.no)

Mobiltelefon: +47 482 184 03

**3.** Veileder ved enheten: Steffen Rugstad Holthe,  
psykologspesialist

Epost: [Steffen.Rugstad.Holthe@oslo-universitetssykehus.no](mailto:Steffen.Rugstad.Holthe@oslo-universitetssykehus.no)

Kontortelefon: +47 22 02 92 01



## **Vedlegg 2: Samtykkeerklæring**

### **Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt i forbindelse med en hovedoppgave**

Jeg går på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo og skal ha hovedpraksis ved Poliklinikk for spiseforstyrrelser høsten 2011. I den sammenheng ønsker jeg å samle inn data til min avsluttende hovedoppgave. Temaet for hovedoppgaven er spiseforstyrrelser, jeg skal undersøke forskjeller og likheter mellom grupper, og endringer etter seks måneder i behandling.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å samle inn data i to omganger med seks måneders mellomrom ved hjelp av et spørreskjema og en friresponstest på omtrent 80 personer som er i behandling ved enheten. Spørsmålene vil dreie seg om psykologiske funksjoner og friresponstesen går ut på at jeg viser deg noen bilder og du skal si hva du ser. Under friresponstesten vil jeg bruke båndopptaker og ta notater under veis. Spørreskjemaet fyller du ut på egenhånd når du er på enheten, den tar omtrent 1-2 timer. Friresponstesten vil gjennomføres på et av kontorene på enheten, den tar omtrent 1-1,5 time. Vi blir sammen enig om tidspunkt for gjennomføring av disse.

Behandlere ved enheten vil formidle kontakt med utvalgte til prosjektet, jeg vet ikke på forhånd hvem som er utvalgt til forespørsel om å delta i forskningsprosjektet før de eventuelt samtykker til deltakelse. Din deltakelse i prosjektet vil ikke ha innvirkning på din behandling ved enheten.

Av bakgrunnsinformasjon er det ønskelig å innhente opplysning om alder, BMI, diagnose og eventuell tidligere behandling. Dette er informasjon som hver enkelt deltaker samtykker til at behandler kan opplyse om. Opplysningene skal brukes i analysene av data, for eksempel ved grupperinger av resultater, forskjeller og likheter mellom grupper.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En tallkode knytter deg til dine opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til tallkodene og som kan finne tilbake til deg. De er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Behandlere og personell ved Gaustad har ikke tilgang til informasjon om deg som kommer frem under datainnsamlingen. Opplysninger vil bli lagret i et eget dataregister som er godkjent av Datatilsynet. Opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og lagret frem til prosjektet avsluttes i utgangen av 2012. Kun anonymiserte data beholdes etter avsluttet datainnsamling. Dataene overføres til prosjektansvarlig for oppbevaring på Psykologisk institutt etter gjeldende retningslinjer. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert.

Dersom du har lyst å være med på forskningsprosjektet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og gir den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 48 21 84 03, eller sende en e-post til [sirifh@student.uio.no](mailto:sirifh@student.uio.no). Du kan også kontakte min veileder Cato Grønnerød ved psykologisk institutt på e-post: [catogro@psykologi.uio.no](mailto:catogro@psykologi.uio.no).

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, Regional komité for medisinsk forskningsetikk og personvernombudet på Oslo Universitetssykehus.

Med vennlig hilsen  
Siri Fors Haugen  
Niels Juels gt. 70 A  
0259 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av ungdomskultur og ønsker å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....

## Vedlegg 3: Etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk



**Region:** REK sør-øst A  
**Saksbehandler:** Jørgen Hardang  
**Telefon:** 22845516

**Vår dato:** 30.05.2011  
**Vår referanse:** 2011/757  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Cato Grønnerød  
Universitetet i Oslo  
Pb 1094 Blindern

### 2011/757a Spisefortyrrelser og Rorschach

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 5. mai 2011. Søknaden er vurdert i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Prosjektleder: Førsteamanuensis Cato Grønnerød, Universitetet i Oslo

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo

Prosjektet er en hovedoppgave i psykologi som skal undersøke hvorvidt "psykisk forsvar" hos spiseforstyrrede modnes etter ett år med dynamisk terapi. 30 kvinner som er til behandling vil bli fulgt opp med en systematisk vurdering av effekten av behandlingen. Dette gjøres ved hjelp av Rorschach og Personality Assessment Inventory (PAI). Både behandlingsmetodene og metodene for evaluering av effekt er etablerte metoder.

Komiteen vurderer en slik systematisk gjennomgang av et behandlingsopplegg som nyttig og viktig for bedring av kvaliteten på behandlingen. Men dette er tiltak som kan gjøres innenfor de ordinære ordninger i helsetjenesten. Pasientene vil også beskyttes av helsetjenestens ordinære bestemmelser for behandling av pasienter og oppbevaring av helseopplysninger. Tiltaket kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

#### Vedtak:

Etter søknaden fremstår prosjektet som en systematisk oppfølging av et etablert behandlingstilbud, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

**Besøksadresse:**  
Gullhaug torg 4A  
0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Web:** http://helseforskning.etikkom.no

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign.)  
professor dr. med.  
leder

  
Jørgen Hardang  
seniorrådgiver

Kopi: Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse  
[tim.brennen@psykologi.uio.no](mailto:tim.brennen@psykologi.uio.no)

---

**Besøksadresse:**  
Gullhaug torg 4A  
0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

## Vedlegg 4: Etisk godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Cato Grønnerød  
Psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1094 Blindern  
0317 OSLO

Vår dato: 30.06.2011

Vår ref: 27416 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.06.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27416	<i>Modning i forsvar og mestrings med fokus på aggresjon hos personer med spiseforstyrrelser etter et års behandling</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Cato Grønnerød
Student	Siri Fors Haugen

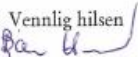
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen /  
  
Bjørn Henrichsen

  
Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Siri Fors Haugen, Niels Juels gt. 70 A, 0259 OSLO

Audlingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uib.no](mailto:nsd@uib.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjrr.svana@svt.ntnu.no](mailto:kjrr.svana@svt.ntnu.no)  
TRONØS: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [martin-aima.andersen@uit.no](mailto:martin-aima.andersen@uit.no)



Formålet med forskningsprosjektet er å dokumentere eventuell modning med hensyn til aggresjon og forsvar etter ett år dynamisk terapi hos pasienter med spiseforstyrrelser ved hjelp av Rorschach-metoden og Personality Assessment Inventory (PAI). Resultater fra tidligere forskning viser at både anorektikere og bulimikere har et mindre modent forsvar, sammenliknet med kontrollgrupper. Tidligere forskning har funnet at individer med spiseforstyrrelser skårer spesielt høyt på passiv aggressivt forsvar, det vil si at de uttrykker sin aggresjon indirekte og dermed ineffektivt. Et mer avklart forhold til aggresjon kan dermed ses som et sentralt terapeutisk mål i en behandling.

Behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet er Universitetet i Oslo. Prosjektet skal publiseres i student Siri Fors Haugen sin hovedoppgave, samt i en artikkel hvor både student, Haugen, og veileder, Grønnerød, er tenkt som forfattere.

Utvalget består av kvinner i behandling for spiseforstyrrelser, diagnostisert med anoreksi, bulimi eller en blandingstilstand. Til sammen ca. 80 kvinner.

Utvalget rekrutteres ved at leder ved behandlingsinstitusjon deler ut informasjonsskriv på vegne av student. De som ønsker å delta i prosjektet tar så direkte kontakt med student eller den som gav dem informasjonsskrivet. Jf. e-post mottatt av student 26.06.2011 og telefonsamtale med student 30.06.2011.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke i prosjektet.

Revidert informasjonsskriv, mottatt av ombudet 26.06.2011, finnes tilfredsstillende, men korrekt dato for prosjektslutt, 01.07.2013, må tilføres skrivet, jf. telefonsamtale 30.06.2013.

Prosjektslutt er 01.07.2013. Ved prosjektslutt skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres. Med anonymisering menes at direkte personidentifiserbare opplysninger som navn slettes, og indirekte personidentifiserbare opplysninger som alder, kjønn, bosted og utdanning, endres (grovkategoriseres) eller slettes.

## Vedlegg 5: Etisk godkjenning fra Oslo universitetssykehus HF

On Mon, 31 Oct 2011 14:18:28 +0000, Helge Grimnes <[UXGRIH@ous-hf.no](mailto:UXGRIH@ous-hf.no)> wrote:  
Hei

Bekrefter mottak av eposten. Saksnr. her er 2011/19061.

Har ingen innvendinger til prosjektet under forutsetning av følgende:

1. Det lagres ingen opplysninger i prosjektet ved OUS
2. De inkluderte gis informasjon om rett til å kreve innsyn i opplysningene som lagres, rett til å kreve feil rettet opp og rett til å slette opplysningene dersom de trekker seg fra studien (ref. REKs mal for samtykke).
3. Avdelingsleder og forskningsleder i klinikken har godkjent studien

Minner forøvrig om at kommunikasjon med pasienter pr. epost ikke er tilrådelig. E-post er et usikret medium og egner seg ikke for denne typen kommunikasjon. anbefaler derfor at henvisningene til e-postadresser fjernes fra informasjonsskrivet.

Beklager for øvrig at dette tok lenger tid enn forventet.

Anbefaler for fremtidige studier at dere kontakter oss samtidig med at søknad sendes til REK og NSD.

Sykehuset er presset på tid og ressurser på alle kanter, så det vil erfaringsmessig ta tid å få svart ut slike saker, selv om det tok spesielt lang tid denne gangen.

Lykke til med prosjektet!

Mvh.  
Helge Grimnes  
Personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF  
Stab fag & pasientsikkerhet  
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet  
40 21 00 35 (mobil)  
23 01 50 52 (kontor)

---

[www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern) [1]

---