

10175

## Terapeutisk allianse og motivasjon hos pasienter med Anorexia Nervosa.

Hvordan kan sykepleier arbeide med å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med Anorexia Nervosa?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6891

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2022



10175

# **Terapeutisk allianse og motivasjon hos pasienter med Anorexia Nervosa.**

Hvordan kan sykepleier arbeide med å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med Anorexia Nervosa?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## **Bakgrunn:**

Anorexia Nervosa (AN) er en alvorlig sykdom som er vanskelig å behandle. Sykdommen preges av et langt behandlingsforløp og vanskeligheter for å forholde seg til andre. Relasjonen mellom sykepleier og pasient kan være problematisk som følge av dette. Relasjonsbyggingen tar ofte tid, og kan tidvis virke demotiverende for både pasient og sykepleier. På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen; «Hvordan kan sykepleier arbeide med å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med Anorexia Nervosa»?

## **Metode:**

Ett litteraturstudie basert på systematiske litteratursøk, hvor 7 artikler ble vurdert som relevant for oppgavens problemstilling. Analysen ble gjort med utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell.

## **Resultat:**

Pasienter med AN har vanskeligheter med å utvikle en relasjon til andre mennesker. Det første møtet viste seg å ha mye å si for videre behandling. Respekten for pasientens autonomi må ivaretas for å bedre pasientens motivasjon og en terapeutisk allianse med sykepleier ga pasientene mer motivasjon for å bli frisk.

## **Konklusjon:**

Sykepleiere står i en ideell posisjon til å hjelpe pasienter med AN. Tid og relasjonsbygging er nødvendig for å motivere pasientene til å bli frisk. Sykepleiere møter flere utfordringer og kan virke demotiverende for dem og pasientene. I utvalgt litteratur og forskning blir det drøftet hvordan dette kan overkommes og hvordan det kan skapes en terapeutisk allianse og motivasjon hos pasienter med AN.

## **Nøkkelord:**

Motivasjon, terapeutisk allianse, terapeutisk relasjon, autonomi

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1. Introduksjon til tema .....	1
1.2. Bakgrunnskunnskap.....	1
1.3. Teori.....	1
1.3.1 Spiseforstyrrelser .....	1
1.3.2 Anorexia Nervosa.....	2
1.3.3 Motivasjon ved Anorexia Nervosa .....	2
1.3.4 Terapeutisk allianse og relasjoner .....	3
1.3.5 Joyce Travelbee og mellommenneskelig kommunikasjon .....	4
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Beskrivelse av metode .....	5
2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	5
2.3 Søketablell og søkestrategi.....	5
2.4 Kvalitetsvurdering og valg av artikler.....	9
2.5 Analyse.....	9
<b>3.0 Resultater</b> .....	<b>10</b>
3.1 Artikkelmatrise.....	10
3.2 Presentasjon av resultater .....	16
3.2.1 Terapeutisk allianse/relasjon.....	16
3.2.2 Motivasjon og autonomi .....	16
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
4.1 Introduksjon.....	17
4.1.1 Terapeutisk allianse, barrierer og relasjoner.....	17
4.1.2 Motivasjon, indre og ytre motivasjon.....	18
4.2 Implikasjoner for sykepleie .....	20
4.3 Metoderefleksjon.....	20
4.3 Konklusjon.....	21
<b>5.0 Referanseliste</b> .....	<b>23</b>
Tabell 1, Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	5
Tabell 2, Søketablell .....	6
Tabell 3, Inkluderte artikler .....	8
Tabell 4, Tema.....	10
Tabell 5, Artikkelmatrise A .....	10
Tabell 6, Artikkelmatrise B .....	11
Tabell 7, Artikkelmatrise C .....	11

Tabell 8, Artikkelmatrise D.....	12
Tabell 9, Artikkelmatrise E .....	13
Tabell 10, Artikkelmatrise F.....	14
Tabell 11, Artikkelmatrise G .....	15

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon til tema

Over hundre tusen mennesker i Norge har vansker i forbindelse med mat, vekt og kropp og en del av disse utvikler alvorlige psykiske problemer som diagnostiseres som spiseforstyrrelser (Håkonsen, 2018, s. 321). Anorexia Nervosa (AN) kjennetegnes ved at de er alvorlig undervektige og at de begrenser hva og hvor mye de spiser. Tilstanden fører til en intens frykt for å legge på seg. Mange føler også på at de er store og tykke, til tross for at de er undervektig. Det er heller ikke uvanlig at personer med AN benekter at de er undervektige og ignorerer de medisinske konsekvensene av tilstanden (Torgersen, 2009). Torgersen viser videre til at om lag 0,3 prosent av kvinner i alderen 15-44 år lider av AN og at sykdommen framkommer 10 ganger oftere hos kvinner enn hos menn. Dette gjør AN til en av de psykiske lidelsene med skjevtest kjønnsfordeling, noe som setter søkelyset mot de økende kravene og forventningene som stilles til kvinner i vårt samfunn (Håkonsen, 2018, s. 325). Når det er sagt utdyper Øverås (2018) og sier det er rimelig å anta at det finnes noen mørketall. Eksempelvis er det sannsynlig at en del tilfeller ikke blir oppdaget fordi helsepersonell ikke er like oppmerksomme på denne typen problematikk i møte med menn (Øverås, 2018, s. 15). Øverås (2018) forteller videre at det kan være vanskelig å oppdage hos menn ettersom de ofte er opptatt av å bygge muskler og redusere fettprosenten sin enn å gå ned i vekt. Man bør derimot være oppmerksom på tvangspregede trening og ekstreme kostregimer i kombinasjon med overdreven bekymring for egen kroppsbygning da dette er symptomer på AN. AN utvikles vanligvis i tenårene, men noen utvikler også sykdommen senere i livet, da ofte i forbindelse med en dramatisk hendelse som det å få barn, skilles, bli mishandlet og lignende traumatiske hendelser (Skårderud, 2013, s. 15).

## 1.2. Bakgrunnskunnskap

Hensikten med denne oppgaven er å anskaffe seg kunnskap, erfaring og innsikt i spiseforstyrrelser, hvor fokuset kommer til å se på AN. Psykisk helse er et tema som er blitt snakket mye om i nyere tid og jeg har valgt å belyse en av de tre mest utbredte spiseforstyrrelsene på bakgrunn av personlig interesse, for å øke søkelyset på psykisk helse samt øke mitt eget kunnskapsnivå rundt temaet.

Gjennom sykepleiestudiet på NTNU mener jeg det har generelt sett har vært for lite fokus på psykisk helse. Min psykiatriske praksis i 3. studieår var utvilsomt den praksisen hvor jeg lærte mest og læringskurven var bratt. Læringsutbyttet var naturlig nok veldig bra, men det var mye jeg ikke kunne fra før som jeg gjerne skulle vært forberedt på. Jeg fant at spiseforstyrrelser interesserte meg, og jeg fant en spesiell interesse for AN. På bakgrunn av dette har jeg valgt å skrive om AN og valgt problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleier arbeide med å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med Anorexia Nervosa?»

## 1.3. Teori

I dette kapittelet blir det faglige grunnlaget for oppgaven presentert.

### 1.3.1 Spiseforstyrrelser

«Spiseforstyrrelser omfatter en rekke lidelser, med anoreksi og bulimi som de mest kjente» (Håkonsen, 2018, s. 325). Som det ble skrevet i innledningen er det en skjevfordelt diagnose som i hovedsak rammer unge kvinner fra 15 – 30 år. En spiseforstyrrelse begynner ofte med unnasluntring knyttet til mat, «glemmer» å spise mat og blir irritert når noen minner deg på at det er på tide å spise (Håkonsen, 2018, s.



325). Personer med spiseforstyrrelser har en ønsket vektreduksjon og aktive handlinger for å endre kroppen sin. I kjølvannet av dette følger det nesten alltid to psykologiske fenomener; Lav selvfølelse og opplevelsen av å ikke ha kontroll (Skårderud, 2013, s. 21).

Lav selvfølelse er en fellesnevner ved en god del psykiske lidelser. En følelse av mindreverd og utilstrekkelighet som ofte er vanskelig å se fra det ytre. Ofte søkes det mestring i områder hvor det er målbare resultater, som for eksempel skole og idrett. Dette resulterer ofte i en fasade som gjør det vanskelig for personer utenifra å oppdage spiseforstyrrelsen (Håkonsen, 2018, s. 324; Skårderud, 2013, s. 21).

I tillegg til dette opplever en stor del av menneskene med spiseforstyrrelser kontrollsvikt. Et beskrivende begrep er dobbel kontrollsvikt ettersom personer med spiseforstyrrelser ofte opplever kontroll i den begynnende delen av slanking (Håkonsen, 2018, s. 324; Skårderud, 2013, s. 22). Håkonsen (2018) forteller i tillegg at det raskt utvikler seg et alvorlig problem når de mister kontrollen over spiseforstyrrelsen og kroppen overtar styringen. De blir da sittende igjen med to tap; tap av kontroll over eget liv i form av tap av autonomi og tap over egen kropp i form av vektnedgang.

### 1.3.2 Anorexia Nervosa

AN er en spiseforstyrrelse som innebærer et tilsiktet vekttap som pasienten selv fremkaller og vedlikeholder (Håkonsen, 2018, s. 324). Skårderud (2013) definerer det som en motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde. Dette resulterer ofte i et vekttap på 15% under forventet normalvekt (Skårderud, 2013, s. 14). Det er en sykdom som er svært vanskelig å kurere. Forskning på dette feltet preges av metodiske utfordringer som gjør det vanskelig å konkludere (Øverås, 2018, s. 18). Øverås (2018) refererer derimot til en oversiktsartikkel av Steinhausen (2009) hvor det ble konkludert at i underkant av halvparten av pasientene med AN blir friske uten symptomer. En tredjedel av pasientene blir relativt friske med noen symptomer og omtrent en femtedel har et kronisk forløp ved lite eller ingen bedring (Øverås, 2018, s. 27). Dødeligheten er stor, og for tenåringsjenter i Europa er det den tredje største dødsårsaken hvor mellom en tredel og halvparten dør av selvmord (Skårderud, 2013, s. 73). De resterende dør av medisinske årsaker knyttet til sykdommen ved underernæring (Skårderud, 2013, s. 73).

«Fenomenet har blitt beskrevet i faglitteratur som en virkelighetsbrist på linje med en psykotisk vrangforestilling» (Øverås, 2018, s. 11). Problemet for mange med AN er at følelsen av å være tykk er så sterk at den overstyrer logikken, og når noe føles sant, så er det vanskelig å kontre med fornuft (Øverås, 2018, s. 11). Ideen om det å være tynn gir kontroll og at det viser vei til et bedre liv er en dominerende illusjon som styrer det meste av tankegange. Dette er en forstyrrende virkelighetsoppfatning som gjør det svært vanskelig for en pasient å godta at hun er i en ekstremt alvorlig situasjon som medfører mange komplikasjoner og farer (Håkonsen, 2018, s. 325-326).

### 1.3.3 Motivasjon ved Anorexia Nervosa

«Motivasjon er avledet fra energistatus og er karakterisert av at en persons handlinger er bevisst rettet mot noe han ønsker å gjøre eller lære» (Krogh, 2009, s. 161). Motivasjon kan deles inn i ytre og indre motivasjon. Indre motivasjon kan defineres som når en person gjør noe for sin egen del. Ytre motivasjon kan defineres som en person som

utfører en handling som er forventet av han, eller noe som han anser belønnede, som et styrket selvbilde eller ros fra andre (Håkonsen, 2018, s. 93). Det å motivere pasienter med AN er en stor del av behandlingen inne på institusjonene. Motivasjonsteori kan hjelpe helsepersonell til å oppdage og se klarere aspekter ved egen kommunikasjon og kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier kan styrke eller svekke den andres indre motivasjon (Eide & Eide, 2018, s. 19).

Den pedagogiske behandlingen bør også være en del av pasientens tilbud (Hummelvoll, 2004, s. 303). Hummelvoll (2004) viser videre til at en trenger kunnskap rundt kroppsfunksjoner og psykososial fungering. Hun begrunner dette ved at tilførsel av faktakunnskaper til pasienten styrker pasientens eget vurderingsgrunnlag. Samtidig som man prøver å alliere seg med den delen av pasienten som har en indre motivasjon til forandring i livsfremmende retning. Eide & Eide (2018) støtter dette og beskriver det slik; «Hvis den andre selv velger hvilket problem som skal komme først, vil vedkommende normalt være mer motivert for å arbeide med det enn om hjelperen tar dette valget for en», hvor den andre og hjelperen i dette tilfellet er pasient og sykepleier.

### 1.3.4 Terapeutisk allianse og relasjoner

Psykiatrisk sykepleie differensierer seg fra somatisk sykepleie på flere måter. En sentral del av psykiatrisk sykepleie er kontaktforholdet som etableres mellom pasient og sykepleier. Forholdet mellom de to er ofte mer intenst og langvarig enn i somatisk sykepleie (Krogh, 2009, s. 199). Krogh (2009) viser videre til at behandlingen av psykiske lidelser tar lenger tid og at flertallet av pasientene har problematikk knyttet til relasjoner til andre mennesker. I tillegg til dette viser hun til at det er viktig å skape en bærekraftig allianse ved riktig samhandlingsreaksjon, og å bruke tilknytning og terapeutisk relasjon for å hjelpe pasienten.

«En terapeutisk allianse er et kontaktforhold mellom to personer med samme interesser og mål» (Krogh, 2009, s. 199). En terapeutisk allianse er todelt og baserer seg på en forholdet mellom pasient og sykepleier, hvor sykepleieren skal hjelpe og veilede pasienten. Sykepleieren må støtte og hjelpe pasienten gjennom vanskelige tider og pasienten må selv kunne stole på og ha tillit til sykepleieren (Krogh, 2009, s. 199). Det må opprettes en relasjon. Å etablere en god og trygg relasjon og kontakt er en viktig tilnærming til personer som trenger hjelp og støtte grunnet sin psykiske diagnose (Birkeland & Flovik, 2020, s. 176).

For å maksimere den terapeutiske alliansen er det viktig å ha en felles fremgangsmåte, hvor sykepleieren respekterer pasient

en sitt behov for autonomi (Berg et al., 2002, s. 119). Autonomi kan beskrives som selvbestemmelse, eller rett til å ta egne valg (Eide & Eide, 2018, s. 90). Berg et al., (2002) viser videre til behovet for aksept, perfektjonisme, den mellommenneskelige mistroen og forvirring rundt egen identitet må styrkes for å oppnå en terapeutisk allianse. Det kan beskrives slik; «Den terapeutiske relasjonen er ikke bare åstedet for å utøve en klinisk praksis overfor en pasient, men relasjonen i seg selv blir betraktet som et terapeutisk redskap» (Skårderud et al., 2018, s. 44).

### 1.3.5 Joyce Travelbee og mellommenneskelig kommunikasjon

Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper. Det er en komplisert og tosidig prosess, hvor sykepleieren må oppfatte det pasienten formidler verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2018, s. 366). Travelbee mente at sykepleierne trenger gode kommunikasjonsferdigheter med to sentrale punkter; en disiplinært intellektuell tilnærming og ved å bruke seg selv terapeutisk (Eide & Eide, 2018, s. 367; Kristoffersen et al., 2017, s. 34).

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier og sykepleieteoretiker som rettet sykepleietenkningen sin mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Kristoffersen et al., 2017, s. 28). Travelbee sin teori viser til at samhandling er en nødvendighet for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for sykepleie, samt at kvaliteten som utøves av sykepleieren er avhengig av kontakten med pasienten (Kristoffersen et al., 2017, s. 22). Hun viser videre til det mellommenneskelige forholdet og understreker at sykepleier og pasient må innlede et forhold hvor begge partene er likeverdige, og relasjonen er preget av gjensidighet (Kristoffersen et al., 2017, s. 22-23). Travelbee har en modell for utviklingen av menneske-til-menneske forhold som går gjennom fem faser:

- Det innledende møtet
- Fremvekst av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

(Eide & Eide, 2018, s. 367; Kristoffersen et al., 2017, s. 32).

Det innledende møtet baserer seg på førsteinntrykk og tidligere erfaringer i lignende situasjoner. Sykepleieren har som jobb å observere, vurdere og trekke beslutninger, noe pasienten også vil gjøre. Travelbee beskriver oppgaven til sykepleieren som følger; se pasienten som et individ og kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier, noe som innebærer å unnlate all forutforståelse av hvordan pasienten bør, eller skal være (Eide & Eide, 2018, s. 367).

I den andre fasen begynner sykepleier og pasient sin identitet og tre fram, noe som gjør at de etablerer et kontaktforhold (Kristoffersen et al., 2017, s. 33). De to begynner å oppfatte hverandre som særegne personer og mindre som representanter for sine respektive roller (Eide & Eide, 2018, s. 367; Kristoffersen et al., 2017, s. 33). Eide & Eide (2018) skriver videre at oppgaven til sykepleieren er å bevisstgjøre seg på hvordan man oppfatter pasienten som en unik person, adskilt fra seg selv og stereotypiske rolleforventninger (Eide & Eide, 2018, s. 367).

Den tredje fasen, den empatiske fasen er utfordringen for sykepleieren å holde seg empatisk til pasienten. «Travelbee definerte empati som evnen å gå inn i, eller ta del i og forstå et annet individs aktuelle psykologiske tilstand» (Eide & Eide, 2018, s. 367). I en sykepleiesammenheng vil en empatisk forståelse være et grunnlag for viktig informasjon for en forståelse for den andre personens indre opplevelse og ytre adferd (Kristoffersen et al., 2017, s. 33).

I den fjerde fasen utvikler man sympati, noe som er et resultat av den empatiske delen (Kristoffersen et al., 2017, s. 33). Ifølge Travelbee utvikler man et ønske om å hjelpe pasienten, ikke bare fordi det er en pasient, men fordi sykepleieren ser på pasienten som

en person (Eide & Eide, 2018, s. 368). Dette er en innstilling eller holdning av en dyp og personlig interesse i pasienten (Eide & Eide, 2018, s. 368; Kristoffersen et al., 2017, s. 34).

I den femte og siste fasen, etablering av gjensidig forståelse og kontakt utvikles det en forståelse av hverandres følelser og perspektiver. Det er en fase basert på en gjensidig tillit, noe som oppleves som viktig og meningsfull for begge parter. Travelbee understreker så at det er denne realiseringen av det mellommenneskelige forholdet som er grunnlaget for å oppfylle sykepleiens formål (Eide & Eide, 2018, s. 368).

## 2.0 Metode

### 2.1 Beskrivelse av metode

I dette kapittelet blir det beskrevet valg av metode og det blir redegjort hvordan resultatene har kommet fram. Søkehistorikken vil bli presentert i en søketabell. Det blir også presentert inklusjons- og eksklusjonskriterier i en tabell. I enden av kapittelet blir den aktuelle forskningen analysert. «Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2017, s. 54). Metoden kan også beskrives som å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2017, s. 54). I denne oppgaven som er en litteraturstudie blir metoden brukt som et verktøy ved at man systematisk samler inn fagkunnskap, teori og forskning fra godkjente databaser ved instituttet. Forskingen ble funnet gjennom systematiske søk i ulike databaser og vil bli kritisk sett på i analysedelen av kapittelet. Videre er forskningen sentrert rundt problemstillingen og skal styrke besvarelsen av den.

### 2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er valgt på bakgrunn av egne valg og problemstillingen, sammen med å følge retningslinjene for NTNU. Artikkene som er valgt overstiger ikke 10 år ettersom det kan anses som utdatert forskning, og dens pålitelighet blir svekket som følge av dette. Det er blitt valgt voksne personer over 18 år innlagt på psykiatrisk sykehus frivillig. Dette valget er tatt i betraktning for hvordan problemstillingen er formulert og foretrukne valg.

Jeg har inkludert forskning som kommer fra vestlige land og Oseania. Det er gjort ettersom det er rimelig å anta at deres helsevesen er vesentlig bedre enn u-land. Videre vil jeg også vise til land som har lik demografisk befolkning. Som følge av dette vil deres forskning være mer aktuelt for det norske helsevesenet.

Tabell 1, Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler med årstall 2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
På sykehus	Utenfor sykehus
Voksne over 18 år	Barn fra 17 og nedover
Frivillig innlagt på døgnbasis	Innlagt på tvang
Forskning fra Europa, Nord-Amerika og Oseania.	

### 2.3 Søketabell og søkestrategi

I litteratursøket har jeg tatt i bruk problemstillingen min og søkt på sentrale ord i fra den.

Tabell 2, Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	20.04.22	S1	MH «Anorexia Nervosa»		5081	
		S2	MH «Motivation»		105 144	
		S3	S1 AND S2	Artikler fra 2012-2022 Voksne 19-44. Peer reviewed - fagfelleverdert	47	A, B,
Cinahl	27.04.22	S1	MH «Behavior»		628 159	
		S2	MH «Anorexia nervosa» AND MH «Motivation» AND MH «Behavior»	Artikler fra 2012-2022 Voksne 19-44. Peer reviewed fagfelleverdert.	32	D
Pubmed	05.05.22	S1	«Therapeutic alliance»		8040	
		S2	«Nursing»		873 224	
		S3	«Nurse-patient relationship!»		3980	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Artikler fra 2012-2022 Voksne 19-44. Peer reviewed - fagfelleverdert.	12	F
		S5	«Anorexia Nervosa»		18 200	
		S6	«motivation»		316 713	
		S7	«Therapeutic relations»		322 129	
		S8	S5 AND S6 AND S7	Artikler fra 2012-2022 Voksne 19-44. Peer reviewed - fagfelleverdert.	24	G
Cinahl	15.05.22	S1	MH «Nurse»		314 257	
		S2	MH «Therapeutic relationship»		16 447	
		S3	MH «Motivation»		58 383	
		S4	MH «Anorexia Nervosa»		6466	
		S5	S1 AND S2 AND S4		4	

		S6	S2 AND S4	Artikler fra 2012-2022 Voksne 19-44. Peer reviewed - fagfelleverdert.	14	
		S7	S1 AND S3 AND S4		2	
		S8	MH «Ambivalence»		715	
		S9	S1 AND S3 AND S4 AND S8		0	
		S10	S3 AND S4 AND S8	Artikler fra «2012-2022» Voksne 19-44. Peer reviewed - fagfelleverdert.	1	E
Wiley online library	16.05.22	S1	«Anorexia nervosa»		68 739	
		S2	«Therapeutic alliance»		82 484	
		S3	S1 AND S2	Artikler fra «2012-2022» Peer reviewed - fagfelleverdert.	1163	
		S4	«Hospital»		1,875,774	
		S5	Motivation		763 827	
		S6	S1 AND S5		2623	
		S7	S1 AND S4 AND S5	Artikler fra «2012-2022» Peer reviewed - fagfelleverdert.	1515	C

Tabell 3, Inkluderte artikler

**Inkluderte artikler:**

- A:** Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A. & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>
- B:** Thaler, L., Israel, M., Antunes, J. M., Sarin, S., Zuroff, D. C. & Steiger, H. (2016). An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 626-629. <https://doi.org/10.1002/eat.22510>
- C:** Faija, C. L., Tierney, S., Gooding, P. A., Peters, S. & Fox, J. R. E. (2017). The role of pride in women with anorexia nervosa: A grounded theory study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 90(4), 567-585. <https://doi.org/10.1111/papt.12125>
- D:** Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders*, 23(3), 206-222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>
- E:** Strand, M., Bulik, C. M., von Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. A. (2017). Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 398-405. <https://doi.org/10.1002/eat.22659>
- F:** Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *J Adv Nurs*, 74(2), 443-453. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>
- G:** Ramjan, L. M. & Fogarty, S. (2019). Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Australian Journal of Primary Health*, 25(1), 37-42. <https://doi.org/10.1071/PY18032>

Jeg startet søkeprosessen min i databasen Cinahl. Jeg valgte å starte med å søke på to sentrale ord i problemstillingen min ved «Anorexia Nervosa» AND «Motivation». Etter å ha kombinert de to søkeordene og satt avgrensingene mine fikk jeg totalt opp 47 treff. Der fant jeg to artikler som var relevante. De omhandlet autonomi og motivasjon hos pasienter, og den terapeutiske allianse. Senere valgte jeg å legge til «AND behavior» i tillegg til de to søkeordene nevnt ovenfor. Dette søkeordet ble valgt på grunnlag av at jeg så «behavior» som et nøkkelord i mange av artiklene jeg hadde lest fra før. Med samme avgrensinger fant jeg en artikkel. Den handlet om pasienter med Anorexia Nervosa sitt første møte med helsevesenet.

Jeg gjorde så søk i databasen PubMed. Jeg prøvde meg her på de samme søkeordene som jeg gjorde i Cinahl, uten noen nye funn. Jeg brukte nye søkeord som er relevant til problemstillingen. Med søkeordene «Therapeutic alliance» AND «Nursing» AND «Nurse-patient relationship» fikk jeg opp 12 treff med samme avgrensninger som tidligere. Jeg fant en artikkel som handlet om sykepleiere sin påvirkning hos pasienter som har AN og den terapeutiske allianse mellom de to.

Videre søkte jeg på «Anorexia Nervosa» AND «Motivation» AND «Therapeutic relations» med samme avgrensinger. Jeg fikk 24 treff og valgte en artikkel. Den handlet om pasientene sine perspektiver på det terapeutiske forholdet.

Jeg startet så en ny søkeprosess på Cinahl hvor jeg valgte andre søkeord med «Anorexia Nervosa» AND «Therapeutic alliance» AND «Ambivalence» med samme avgrensninger og fikk opp et treff. Jeg valgte å inkludere denne artikkelen som handlet om pasientens perspektiv på selv-innleggelse.

Den siste artikkelen fant jeg på databasen Wiley Online Library. Der søkte jeg på «Anorexia Nervosa» AND «Hospital» AND «Motivation», hvor jeg fant en artikkel som handlet om stoltheten til pasienter med Anorexia Nervosa.

## 2.4 Kvalitetsvurdering og valg av artikler

«Et grunnleggende krav til data er at de må være relevante for problemstillingen» (Dalland, 2017, s. 60). Ifølge Dalland er det to spørsmål som må stilles til datainnsamling.

1. Hvilken relevans har data for problemstillingen?
2. Hvor pålitelig er måten data er samlet inn på?

(Dalland, 2017, s. 60).

I de systematiske søkene som jeg gjorde var det første spørsmålet jeg stilte meg selv, om dette var relevant? Dersom overskriften viste seg å være relevant trykket jeg meg inn på artikkelen for å lese sammendraget. Virket artikkelen fortsatt relevant ble artikkelen lest i sin helhet. Dalland viser til at selv om dataen er relevant, er det ikke slik at den nødvendigvis er pålitelig ved måten den er innsamlet på (Dalland, 2017, s. 60). Jeg brukte dette som et utgangspunkt for datainnsamlingen sammen med (Evans, 2002) sin analysemodell. Jeg så på hvilken metode som ble brukt, hvilke hensikt studien hadde og hvordan resultatet var. Noe som var veldig sentralt var relevansen studien hadde i forhold til problemstillingen og om dette var relevant til sykepleien. Dette er videre presisert i 2.5.

Som beskrevet i inklusjons- og eksklusjonsdelen har jeg valgt å forholde meg til vestlige I-land. Ut ifra de artiklene er en av syv gjennomført i Norge. Helsevesenet i andre land og hvordan de opererer i forhold til Norge kan være helt annerledes. Det er viktig å anerkjenne at dette kan føre til en unøyaktighet.

## 2.5 Analyse

I denne oppgaven har jeg valgt å gjennomføre analysedelen ved hjelp Evans sin analysemodell. Modellen består av 4 trinn.

*Trinn 1:*

I trinn 1 ble det valgt ut 7 relevante forskningsartikler som er beskrevet i 2.2-2.4 gjennom et systematisk litteratursøk.

*Trinn 2:*

I trinn 2 fant jeg nøkkelfunn fra hver artikkel. Jeg leste gjennom og valgte ut de artiklene som var mest relevant for problemstillingen min.

*Trinn 3:*



I trinn 3 så jeg videre på nøkkelfunn og sorterte de ulike hovedtemaene som ble en basis for diskusjonsdelen i oppgaven. Her så jeg også på likheter og ulikheter mellom studiene. Jeg delte så funnene i undertema knyttet til hver enkel artikkel.

Tabell 4, Tema

Hovedtema	Nøkkelfunn/undertema	Knyttet til artikkel:
<b>Terapeutisk allianse og relasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrierer for</li> <li>- Barrierer</li> <li>- Sykepleierens rolle</li> <li>- Kommunikasjon</li> <li>- Indre motivasjon</li> </ul>	- <b>A, F og G</b>
<b>Motivasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrierer for</li> <li>- Barrierer</li> <li>- Autonomi</li> <li>- Ytre motivasjon</li> <li>- Kommunikasjon</li> </ul>	- <b>A, B, C, D og E</b>

Trinn 4:

Trinn 4 går ut på beskrivelsen av resultatene som er samlet for hvert hovedtema. Dette trinnet er beskrevet under 3.2. Bare resultater som blir brukt i drøftingen blir presentert der.

## 3.0 Resultater

### 3.1 Artikkelmatrise

Tabell 5, Artikkelmatrise A

<b>A: Referanse</b>	<p><b>(Sly et al., 2013)</b>  <b>Predicting premature termination of hospitalized treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change.</b>  <a href="https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007">https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007</a></p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var for å undersøke hvorfor pasienter valgte å avslutte behandling, og de assosierte rollene ved motivasjon, terapeutisk allianse, og adferdsendring i de første fire uker av behandling på sykehus.
<b>Metode</b>	En naturalistisk kohort studie hvor forskerne observerer adferden eller fenomenet og forstyrrer så lite som mulig. Dette for å reflektere realiteten i behandlingen. Deltakerne ble bedt om å fullføre et spørreskjema innen 1 uke etter innleggelse og etter 4 uker. Vekt ble også tatt under samme periode. Alle 90 deltakerne møtte DSM-IV kriteriene for AN.

<b>Resultat</b>	Studien fant at avsluttet behandling var høy, med 57,8%. Den fant også at de som endte behandling tidligere hadde en lavere BMI og vekt-oppgangen var mindre enn de som fullførte. Førstegangsinntrykk av terapeutisk allianse, selv-rapportert av pasientene viste seg å være en signifikant faktor i behandlingsløpet. Pasienter som hadde en sterkere allianse med primær-sykepleieren sin ved starten av behandling var mer sannsynlig for å fullføre behandlingen.
<b>Kommentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien understreker hvor avgjørende en terapeutisk allianse kan være og konkluderer at dette er noe som må forskes videre på.</li> <li>- Studien peker på førstegangsinntrykket og den terapeutiske allianse som en signifikant faktor i møtet med pasienten.</li> <li>- Etisk godkjent</li> </ul>

Tabell 6, Artikkelmatrise B

<b>B: Referanse</b>	<b>(Thaler et al., 2016) An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa. <a href="https://www.doi.org/10.1002/eat.22510">https://www.doi.org/10.1002/eat.22510</a></b>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke effekten av den autonome motivasjonen versus en ytre motivasjon for pasienter innlagt på institusjon med AN.
<b>Metode</b>	Forskning i form av en kvantitativ studie. Data fra 80 pasienter med AN var tilgjengelig i begynnelsen av forløpet og 49 i slutten av behandling. Pasientene fullførte målinger av autonomi, ytre motivasjon, symptomer for spiseforstyrrelser, adferd og mentale sykdommer ved start og endt behandling med bruk av ulike kartleggingsskjema.
<b>Resultater</b>	Resultater fra studien viste at den autonome motivasjonen før innleggelse var en signifikant faktor for endring i spiseforstyrrelse-symptomer. Symptomene etter behandling sammenlignet med før behandling viste seg å være mindre. BMI viste derimot ingen stor forskjell fra autonom motivasjon versus ytre motivasjon i kartleggingsskjemaet, men det var en underskala som viste positiv effekt for den autonome motivasjonen og negativ for ytre motivasjon. Det ble ikke oppnådd noen effekt av verken angst, depresjon eller impulsivitet.
<b>Kommentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien viser hvor stor effekt autonomi har for en pasient med AN har.</li> <li>- Relevant for oppgaven ettersom den viser hvor stor innflytelse en ytre motivasjon fra sykepleieren har. Selv om BMI ´en går opp er det ikke nødvendigvis slik at symptomene går bort.</li> <li>- Etisk godkjent</li> </ul>

Tabell 7, Artikkelmatrise C

<b>C: Referanse</b>	<b>(Faija et al., 2017)</b>
---------------------	-----------------------------

	<b>The role of pride in women with anorexia nervosa: A grounded theory study.</b> <a href="https://doi.org/10.1111/papt.12125">https://doi.org/10.1111/papt.12125</a>
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke erfaring med stolthet hos kvinner med AN, og reflektere rundt dette.
Metode	En kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju. 21 pasienter deltok fra ulike spiseforstyrrelses-poster i Storbritannia. Alle deltakere var over 18 år og hadde en diagnostisert spiseforstyrrelse. Det ble utført 2 intervju som begge vart i cirka en time. Spørsmålene innebar generelle spørsmål om spiseforstyrrelser som symptomer og innleggelse. Spørsmål om deres emosjonelle erfaringer ble også stillt. Pasientene ble så spurt om å beskrive meningen med stolthet og når de eventuelt har erfart det, både i fortid og nåtid.
Resultater	Analysen av data viste at stolthet kom fra 2 ulike kilder; «egenstolthet» og «stolthet fra andre». Egenstolthet viste seg å være en umiddelbar virkning og varte lenger enn «stolthet fra andre». Alle følte på en stolthet i begynnelsen av spiseforstyrrelsen etter å ha gått ned i vekt, noe som førte til videre vektnedgang. Etter spiseforstyrrelsen fortsatte følte flere på en «giftig stolthet» hvor de ekskluderte mer mat og gikk videre ned i vekt. Giftig stolthet involverte pasientenes evne til å skjerme og beskytte autonomien og selvstendighet fra andre. Videre følte pasientene på en patologisk stolthet. Her viste resultater at selvfølelsen var tatt over av sykdommen, men at pasienter fortsatt følte på «empowerment» i form av ekstrem vektnedgang/trening osv. Det ble konkludert at stolthet viste seg å vedlikeholde sykdommen og hindret motivasjonen til å endre seg.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevant for oppgaven da den gir en innsikt i pasientenes motivasjon og hvordan selvfølelse og stolthet kan påvirke dette</li> <li>- Etisk godkjent</li> <li>- Viser til autonomi.</li> </ul>

Tabell 8, Artikkelmatrise D

<b>D: Referanse</b>	<b>(Gulliksen et al., 2015) The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services.</b> <a href="https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429">https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429</a>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske omstendigheter, reflektere og undersøke reaksjoner hos pasienter med AN under førstegangsinnleggelse.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie på grunnlag av teori som ble fulgt av innsamling og analysering av data. Det var 34 deltakere fra 18-51 år, med en medianalder på 28 som deltok. Det ble gjort et 90-120 minutters intervju som ble tatt opp. Data ble samlet inn ved bruk av et «experience interview» som er et semi-åpent deltaker

	sentrert, strategisk samtale format utviklet av kommunikasjons-teori. Dataen ble samlet inn i 2 faser. I fase 1 snakket deltakerene fritt om første gangen de kom i møte med helsesektoren. I fase 2 var det mer strategiske spørsmål som ble siktet for å videre utforske erfaringer fra pasientene i de tidlige fasene av møtet med helsevesenet.
<b>Resultater</b>	<p><b>Omstendigheter:</b> Det var 3 ulike omstendigheter som fikk pasientene til å ta kontakt med helsevesen; familie og venner initierte til samtale, Selvinitiert samtale og helsepersonell initierte til samtale.</p> <p><b>Refleksjon:</b> Ingen deltakere rapporterte at de hadde motivasjon eller hadde noen intensjon til å endre på spiseforstyrrelsen sin i møte med helsevesenet. De fleste rapporterte at de var ambivalent og hadde blandede følelser rundt behandling.</p> <p><b>Reaksjon:</b> Det ble rapportert tap autonomi ved at pasientene følte seg misfornøyd på grunn av at de måtte gjøre noe de egentlig ikke ville og var fornøyd slik ting var. Sammen med tap av kontroll ved innleggelse hvor de følte seg forvirret og redd. Flere følte også at de ikke ble tatt seriøst og var skuffet over hvordan helsevesenet behandlet dem. Det ble også rapportert at i det første møtet hadde helsearbeiderne begrenset kunnskap om sykdommen noe som utløste en negativ reaksjon for pasienten.</p>
<b>Kommentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Norsk studie</li> <li>- Etisk godkjent</li> <li>- Tar for seg flere viktige tema som autonomi, ambivalens og motivasjon for bedring.</li> <li>- Understreker hvor viktig god kommunikasjon er og det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og helsepersonell.</li> </ul>

Tabell 9, Artikkelmatrise E

<b>E: Referanse</b>	<b>(Strand et al., 2017) Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective.</b> <a href="https://doi.org/10.1002/eat.22659">https://doi.org/10.1002/eat.22659</a>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var for å undersøke pasienter sin erfaring når de deltok i en selv-innleggelsesprogram i en spesialisert spiseforstyrrelse-institusjon.
<b>Metode</b>	Studien hadde 16 deltakere som kunne legge seg inn frivillig. De var frie til å dra når de selv ville. Alle deltakere ble bedt om å gjennomføre et intervju etter 6 måneder i programmet. Det ble utført et semi-strukturelt intervju med spørsmål siktet på å besvare forskningsspørsmålene. Det ble gjort en kvalitativ analyse av svarene i etterkant. Alle deltakere var diagnostisert med AN. 14 deltakere benyttet seg av muligheten til å legge seg inn.
<b>Resultater</b>	Fire hovedtema og 16 undertema kom fram under den kvalitative analysen. Overordnet var pasientene fornøyd med tilbudet og ville anbefalt det til andre i samme situasjon. <b>Fleksibilitet:</b> Noen var meget fornøyd med samarbeidet som utartet seg. Noen andre pasienter derimot, var bekymret for at de hadde for mye å si i beslutningene som ble tatt. <b>Funksjon:</b> Mange informerte om at det å vite at de alltid kan bli innlagt ga de et sikkerhetsnett. Flere sa også at å være innlagt ga de en god rutine i hverdagen. Videre, bemerket flere at de

	<p>fikk en motivasjonsstøtte for å endre adferden sin. Noen få bemerket også at de motiverte seg selv og utvidet horisonten sin ved å gjøre ting de tidligere ikke har.</p> <p><b>Barrierer:</b> Ambivalens var et gjennomgående tema som ofte ble nevnt som en integrert del av AN. Videre nevnte flere at miljøet på sykehuset ikke alltid var støttende og at de andre pasientene kunne ha en utløsende effekt.</p> <p><b>Andvendbarhet:</b> Flere sa at det trengtes en viss modenhet og motivasjon for å kunne anvende dette tilbudet ordentlig. I tillegg ytret flere at selvinleggelse kunne hjelpe for å øve på selvbevisstheten og den aktive søk etter hjelp. Videre ble det sagt at det å ha noen å snakke med kunne oppmuntre dem for å komme over ambivalensen og bruke selvinleggelsen som en ressurs.</p>
<b>Kommentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etisk godkjent</li> <li>- Forteller om ambivalens og barrierer som pasienter møter.</li> <li>- Relevant for oppgaven ettersom pasientene får ytret det de selv mener fungerer og ikke fungerer.</li> <li>- Viser hvordan hospitalisering kan betrygge en pasient og tjene på dette med innleggelse.</li> </ul>

Tabell 10, Artikkelmatrise F

F: Referanse	<b>(Zugai et al., 2018) Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study.</b> <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13410">https://doi.org/10.1111/jan.13410</a>
Hensikt	Hensikten med studien var for å forstå konteksten av pasientens innstilling for behandlingen og innvirkningen den terapeutiske alliansen hadde mellom sykepleier og pasient.
Metode	Studien var delt inn i to faser. Første fase var en kvantativ fase som beskrev pasientens innstilling for behandlingen og ble informert om neste fase. Den andre fasen var en kvalitativ fase som videre utforsket innvirkningen på pasientens kontekst for den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient. 54 sykepleiere og 54 pasienter deltok i studien.
Resultater	Fase en av resultatene indikerte at pasientene i studien erfarte en høy grad av spiseforstyrrelse-symptomer og i lav grad oppfattet en allianse med sykepleierne. Ved nærmere undersøkelse av disse funnene i fase to, bidro både sykepleier og pasient til en dårlig terapeutisk allianse basert på pasientens sykdom; AN saboterte den terapeutiske allianse, da pasientene var engstelig og ambivalent til å gå opp i vekt. Utøvelse av sykepleie og helsefremming var som følge av dette stressende og ikke til hjelp. De terapeutiske grepene som sykepleieren utførte, ble ofte oppfattet som disiplinært eller straffende, noe som komprimerte danningen av en terapeutisk allianse. Sykepleierne ble demotivert som følge av at pasientene ikke satt pris de, og som noen ganger saboterte hjelp ved manipulativ adferd. Videre viste det seg at forholdet mellom sykepleier og pasient ble sterkere og sterke ved tid, da sykepleier er den som er tettest opptil pasienten. En del ytret selv at dette forholdet kunne etableres i alt fra et par dager til noen måneder.

	Mellommenneskelige forhold mellom pasient og sykepleier bidro til en mer normalisert hverdag for pasientene.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevant for oppgaven da den forklarer sykepleierens rolle i møtet med en pasient.</li> <li>- Forklarer både pasient og sykepleier sin side.</li> <li>- Viser til hvordan den terapeutiske alliansen kan skape en mistillit og konflikt mellom sykepleier og pasient.</li> <li>- Etisk godkjent</li> </ul>

Tabell 11, Artikkelmatrise G

G: Referanse	<p><b>(Ramjan &amp; Fogarty, 2019)</b>  <b>Clients perspective of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire.</b>  <a href="https://doi.org/10.1071/PY18032">https://doi.org/10.1071/PY18032</a></p>
Hensikt	Hensikten med studiet var for å forstå pasientenes perspektiv for faktorene som var med å påvirke den terapeutiske relasjonen når de var under behandling med selv – rapportert AN.
Metode	For denne studien ble det brukt et nettbasert spørreskjema som samlet inn både kvantitativ og kvalitativdata. Totalt var det 161 deltakere som deltok i studien. De ble spurt ulike spørsmål, som omhandlet demografi, terapeutiske forhold, behandlingsforløp og egenskaper hos de som jobbet der. Studien ble utført i Storbritannia og i Australia.
Resultater	<p>Det var et lavt antall som mente at de som jobbet der i form av leger, psykologer og sykepleiere som mente at de faktisk hørte og forsto pasientenes bekymringer med 25%. 50% mente at de forsto noe, og 25 % mente at de ikke forsto. 30% hadde ikke tilstrekkelig tillitt til de som jobbet der.</p> <p>Flertallet formidlet at de nølte med å forme et terapeutisk forhold til helsepersonellet på grunn av deres egen innvending av behandling og en mangel på tillit til helsepersonell. Videre viste resultatene at mange mente dette var en del av sykdommen, men at over tid kan tillit vokse. Flere kritiserte også mangel på empati og forståelse og at de bare var opptatt av en somatisk bedring.</p> <p>Det var også andre barrierer i utformingen av en terapeutisk relasjon. Mange påpekte at behandlingen ikke var individualisert og skreddersydd for dem og kom mer som et pakkeforløp.</p> <p>På den andre side, ut ifra de som utviklet terapeutiske relasjoner var tilbakemeldingene gode. De følte seg validert, ble involvert i behandlingen og satt mål videre med helsepersonellet.</p>
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etisk godkjent</li> <li>- Tar for seg pasientene sine bekymringer og erfaringer i et behandlingsforløp.</li> <li>- Trekker fram helsepersonell, inkludert sykepleiere og hva som bør gjøres for å fremme helse og utøve god sykepleie i møte med pasienter med AN.</li> </ul>

## 3.2 Presentasjon av resultater

### 3.2.1 Terapeutisk allianse/relasjon

Tre av studiene som jeg har valgt tar for seg terapeutisk allianse som et av hovedtemaene. Alle artiklene konkluderer med at det er en nøkkel for behandling hos pasienter med AN (Ramjan & Fogarty, 2019; Sly et al., 2013; Zugai et al., 2018). Ramjan & Fogarty, (2019) beskriver hvor betydelig det er;

«The therapeutic relationship plays an unique and pivotal role in the treatment and recovery of individuals with mental illness».

De tre respektive studiene peker mye på det samme, men har sine ulikheter etter hvordan de er bygget opp. Alle artiklene peker på det mellommenneskelige forhold mellom pasient og sykepleier (Ramjan & Fogarty, 2019; Sly et al., 2013; Zugai et al., 2018). Pasientene rapporterer om hvor viktig førstegangsmøtet er for å etablere en terapeutisk relasjon. I en av artiklene var det en avgjørende faktor for pasientene å ha en god terapeutisk allianse til primær-sykepleieren ettersom det gjorde at det var mer sannsynlig for pasienten å ikke skrive seg ut (Sly et al., 2013).

To av artiklene viser til effekten av behandlingen pasientene får av helsepersonellet. Det konstateres i begge tilfeller at pasienter med AN hadde vanskeligheter med å bygge tillit og at barrierer som behandlingsmåte og sykdommen i seg selv satt en stopper for en terapeutisk allianse (Ramjan & Fogarty, 2019; Zugai et al., 2018). En av studiene viser til pasientenes erfaring med helsepersonell, og kritiserer mangelen på empati og forståelse (Ramjan & Fogarty, 2019). I en studie kommer det fram at både sykepleier og pasient bidro til en dårlig terapeutisk allianse. Her ble det klart at sykdommen saboterte for den terapeutiske alliansen og pasienten følte seg engstelig og ambivalent; som følge av dette ble helsearbeid for pasienten stressende, og opplevdes som disiplinierende (Zugai et al., 2018). I alle tre artiklene ble det derimot presisert at den terapeutiske alliansen ble sterkere over tid og var med på å fremme pasienten sin helse (Ramjan & Fogarty, 2019; Sly et al., 2013; Zugai et al., 2018). En artikkel viser også til økt motivasjon ved terapeutisk allianse (Sly et al., 2013). Zugai et al., (2018) forteller at sykepleien har adoptert og tatt i bruk den terapeutiske allianse i praksis. Det hevdes derimot videre at sykepleiens egenskaper er ulike og at teori på dette området må anvendes spesifikt for sykepleie-yrket.

### 3.2.2 Motivasjon og autonomi

Fire av studiene tar for seg motivasjon som et av hovedtemaene. Motivasjon hos pasienter viser seg i alle tilfellene å være en viktig del av behandlingen for AN (Faija et al., 2017; Gulliksen et al., 2015; Sly et al., 2013; Thaler et al., 2016).

En kvalitativ studie peker på motivasjon relatert til stolthet og hvordan stolthet kan virke som en barriere for motivasjonen til å bli frisk (Faija et al., 2017). Det konkluderes at et psykoterapeutisk arbeid ved en slik gruppe kan gi en økt motivasjon for å bli frisk. Videre forteller en annen artikkel om at pasientene hadde en mangel på motivasjon for å bli frisk og hadde ikke noen intensjon om å bli kvitt spiseforstyrrelses-symptomene de hadde i første møtet med helsevesenet. Utover dette ville flere bare bli kvitt de somatiske symptomene de hadde (Gulliksen et al., 2015). En annen artikkel forteller at pasienter med AN dropper ut av behandling så ofte som 50% av gangene og at motivasjonen hos pasientene for behandling var dårlig (Sly et al., 2013).

Studien til Gulliksen et al., (2015) viser til kommunikasjonsproblemene mellom pasient og sykepleier og et tap av autonomi i møte med helsevesenet. Thaler et al., (2016) viser til forskjellen ved bruk av autonomi og en ytre kontrollert motivasjon. Strand et al., (2017) viser til pasienter som reflekterer rundt innleggelsen deres. Studien til Faija et al., (2017) observerer en sammenligning mellom autonomi og selvstendighet sett fra et annet perspektiv.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Introduksjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen min; «Hvordan kan sykepleier arbeide med å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med Anorexia Nervosa?». Jeg vil ta i bruk teori, resultater fra forskning og egne erfaringer.

#### 4.1.1 Terapeutisk allianse, barrierer og relasjoner

Zugai et al., (2018) forteller at sykepleien har adoptert og tatt i bruk den terapeutiske allianse i praksis. Det hevdes derimot videre at sykepleiens egenskaper er ulike og at teori på dette området må anvendes spesifikt for sykepleie-yrket.

Krogh, (2009) definerer den terapeutiske allianse som et kontaktforhold mellom to personer med samme interesser og mål. Zugai et al., (2018) støtter oppunder dette utsagnet og viser til at det er grunnleggende at pasienten og sykepleieren oppretter en terapeutisk allianse. For å kunne ta i bruk en terapeutisk allianse må dermed begge parter være i enighet. Barrierer som sykdommen i seg selv, perfeksjonisme, den mellommenneskelige mistroen, manipulativ adferd og ambivalens gjør det vanskelig for sykepleiere å komme i en posisjon for å hjelpe (Berg et al., 2002; Ramjan & Fogarty, 2019; Zugai et al., 2018). Til tross for slike barrierer viser forskning at terapeutisk allianse kan utgjøre en stor forskjell dersom det fungerer (Ramjan & Fogarty, 2019; Sly et al., 2013; Zugai et al., 2018).

Barrierene viser derimot ikke bare til pasienter, men også sykepleiere og helsepersonell. I studien av Zugai et al., (2018) vises det til at både pasienter og sykepleiere saboterer for den terapeutiske allianse. Sykepleieren prøver å utføre god sykepleie i form av terapeutisk allianse, dette førte imidlertid bare til ambivalens og angst hos pasientene. Til tross for sykepleierens gode intensjon hadde det en motsatt effekt og skapte et hinder i videreutviklingen av en terapeutisk allianse (Zugai et al., 2018). Jeg har selv opplevd dette i praksis ved at mangel på tid og strenge matregimer fører til barrierer mellom sykepleier og pasient. Det kan tenkes at sykepleierne her presset pasienten for hardt, noe som saboterte forholdet deres. Travelbee trekker fram at sykepleieren sin jobb er å observere, vurdere og trekke beslutninger, samt å se personen som et individ og kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier. Hun presiserer også at all forutforståelse av hvordan pasienten bør, eller skal være må bli satt til side (Eide & Eide, 2018, s. 367). Til tross for Travelbee sin teori om å se pasienten som et individ viser Ramjan & Fogarty, (2019) at pasientene følte en mangel på individualisering, ved at de ikke fikk delta i behandlingen. De rapporterte også mangel på kommunikasjon grunnet mye skift i personalgruppen. Av egen erfaring kan jeg støtte oppunder dette ved at pasienter ofte har mye kontakt med ekstravakter ved måltidsoppfølging fordi sykepleiere ikke har nok tid til å sitte ned med en pasient i 1 time av gangen. Dette fører til at



pasienten møter nye personer hver dag som sitter og spiser med dem, og de får dermed aldri opprettet en terapeutisk allianse med en som jobber der fast.

Sykepleiere som jobber med AN føler seg demotivert ettersom de føler at de ikke blir verdsatt av pasienten og heller blir utsatt for villedende og manipulativ adferd. Dette gjorde det vanskelig og stole på pasientene og sykepleierene begynte å tvile på seg selv og effektiviteten av den terapeutiske alliansen (Zugai et al., 2018). På den andre siden viser Ramjan & Fogarty, (2019) til pasientens perspektiv, hvor pasientene forteller om mangel på sensitivitet blant helsepersonell. I tillegg til dette rapporterer de at de ikke greier å utvikle et forhold med helsepersonellet fordi de hadde en forståelse av at helsepersonellet ikke forsto, manglet empati og var mer opptatt av fysisk bedring. Sett i lys av dette kan det spekuleres at helsepersonellet i Ramjan & Fogarty, (2019) sin studie føler på den samme følelsen som i sykepleierne i Zugai et al., (2018) sin studie. Dette demonstrerer hvordan den terapeutiske alliansen er vanskelig å oppnå hos pasienter med AN. Den dominerende illusjonen som styrer tankegangen gjør at sykepleieren og pasienten havner i en vond sirkel og den terapeutiske alliansen blir komprimert som følge av dette (Håkonsen, 2018, s. 326). Eide & Eide, (2018) beskriver det som motivasjonsteori som et redskap som kan få helsepersonell til å se klarere aspekter ved egen kommunikasjon, i tillegg kan kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier både styrke eller svekke den andres indre motivasjon.

Til tross for mange barrierer for å etablere en terapeutisk allianse blant pasienter med AN er det et viktig verktøy for behandlingsforløpet. Behandlingen av psykiske lidelser er som oftest lang, noe som gir sykepleier og pasient tid til å etablere en relasjon (Krogh, 2009, s. 199). Følgelig ble det generelt rapportert om at forholdet mellom sykepleier og pasient ble sterkere over tid (Zugai et al., 2018). Ramjan & Fogarty, (2019) opplyser at det tar tid å oppnå tillit, men det er mulig å oppnå over tid. På den andre siden viser (Sly et al., 2013) til at førsteinntrykket har mest å si og at utviklingen av den terapeutiske alliansen over de første 4 ukene ikke var signifikant. Det kan vises til Travelbee sin modell, hvor forholdet i dette tilfellet kan ha stagnert etter det innledende møtet (Eide & Eide, 2018, s. 367; Kristoffersen et al., 2017, s. 32).

Å etablere trygghet og en god relasjon er en viktig tilnærming til personer som har en psykisk diagnose (Birkeland & Flovik, 2020, s. 176). Som sykepleier må man bruke seg selv og skape en terapeutisk relasjon og tilknytning til pasienten (Krogh, 2009, s. 199). Zugai et al., (2018) viser til det faktum at sykepleierne alltid var til stede gjorde at de kom i en god posisjon for å etablere en terapeutisk allianse og engasjement hos pasientene. Med dette i betraktning følte mange seg trygge på sykepleierne og det å skape et intimt og mellommenneskelig forhold (Zugai et al., 2018). For de som opplevde en terapeutisk allianse ble de validert og forstått av helsepersonellet (Ramjan & Fogarty, 2019). Som følge av dette hadde pasientene en forståelse om at helsepersonellet så de som person og spiseforstyrrelsen som to separate ting. Som Travelbee illustrerer i modellen sin viser hun til at det er akkurat slik det skal gjøres for å oppnå et mellommenneskelig forhold (Eide & Eide, 2018, s. 367; Kristoffersen et al., 2017, s. 33). Det personlige forholdet mellom pasient og sykepleier fikk pasientene til å føle på trygghet, samt en følelse av en mer normal tilværelse (Zugai et al., 2018).

#### 4.1.2 Motivasjon, indre og ytre motivasjon

AN er svært alvorlig og er den tredje største dødsårsaken for jenter i Europa (Skårderud, 2013). Et funn fra en studie viser til høye tall som skriver seg selv ut før endt behandling, med så mye som 57,8% (Sly et al., 2013). Det kan tenkes at dødeligheten er såpass stor på grunn av dette, sammen med lav motivasjon for behandling og ambivalens hos pasientene. Det er dermed kritisk at det første møtet med helsepersonell er en positiv erfaring og noe som motiverer dem til å fortsette å ha kontakt med helsevesenet (Gulliksen et al., 2015). Sly et al., (2013) sin studie viser til at et positivt

skifte i motivasjon etter 4 uker i behandling gjorde det mer sannsynlig for pasienter å fullføre.

I Gulliksen et al., (2015) sin studie ytrer pasientene en lav motivasjon til å bli kvitt spiseforstyrrelses-symptomene sine. Som beskrevet tidligere kan helsepersonell ta i bruk motivasjonsterapi som styrker eller svekker den andres indre motivasjon gjennom kommunikasjon (Eide & Eide, 2018, s. 19). For sykepleiere er det viktig å kommunisere, ta opp temaet om motivasjon og møte pasienten med aksept. Pasientene holder ofte motivene sine for seg selv, noe som kan sette en barriere for utviklingen av et tillitsfullt forhold mellom pasient og helsepersonell (Gulliksen et al., 2015).

Som Hummelvoll, (2004) beskriver så bør den pedagogiske behandlingen være en del av pasientens tilbud. Kunnskap rundt egen kropp og den psykososiale funksjonen er viktig for pasienten. Følgelig skriver han at dette styrker eget vurderingsgrunnlag og allierer seg med en indre motivasjon (Hummelvoll, 2004, s. 303). Gulliksen et al., (2015) fant at noen pasienter ikke var bevisst på egen sykdom, og trodde at ulike somatiske symptomer kom fra andre faktorer. På den andre siden var det også noen som var veldig bevisst på hva de gjorde og tok følgende som kom med dette (Gulliksen et al., 2015). Noen hadde altså god kunnskap om egen kropp og brukte den indre motivasjonen sin som et verktøy for å bli tynnere. Til tross for dette er det pedagogiske tilbudet viktig, ettersom det også tar for seg den psykososiale funksjonen (Hummelvoll, 2004, s. 303).

Motivasjonen til å bli frisk hos pasienter med spiseforstyrrelser er vanskelig å oppnå. Øverås, (2018) skriver at følelsen av å være tykk er så sterk at den overstyrer logikken, følgelig når noe føltes sant blir det vanskelig å bli snakket til fornuft. En indre motivasjon viser til å få noe som gagnar deg, og når det eneste som gir deg noe tilbake er å bli tynnere blir det vanskelig å motivere personen til å bli frisk (Øverås, 2018, s. 48). Pasientens autonomi eller selvbestemmelse er som følge veldig sterk og dreier seg i hovedsak rundt mat. Faija et al., (2017) skriver at pasientene følte at deres autonomi og selvstendighet ble sett som en autoritet fra andres perspektiv. Dette var relatert til å håndtere negative følelser, noe som gjorde at de følte at de hadde kontroll (Faija et al., 2017). Teorien samsvarer med dette, og legger til at dette er vanlig i den begynnende fasen av spiseforstyrrelsen, men som etterhvert går over i en dobbel kontrollsvikt (Håkonsen, 2018, s. 324; Skårderud, 2013, s. 22-23). Det er viktig å ha en felles fremgangsmåte hvor man respekterer pasienten sitt behov for autonomi (Berg et al., 2002). Til tross for dette viser Gulliksen et al., (2015) sin studie om et opplevd tap av autonomi i møtet med helsevesenet.

Gulliksen et al., (2015) viser til kommunikasjonsproblemer mellom pasient og helsepersonell og var skuffet over hvordan helsepersonellet snakket til pasientene og oppførte seg ovenfor dem. Dette står i kontrast til hvordan Travelbee sin teori bør utføres. Som hun peker på bør en sykepleier bruke seg selv verbalt og nonverbalt for å imøtekomme pasienten (Eide & Eide, 2018, s. 366-367; Kristoffersen et al., 2017, s. 32). På den andre siden følte en del pasienter at de ble tatt på alvor. De fikk positive tilbakemeldinger, følte at de ble ivaretatt og fikk oppmerksomhet. Følgelig rapporterte flere at de følte seg trygge og som følge av dette hadde en mer positiv holdning til behandlingen (Gulliksen et al., 2015). Sistnevnte korrelerer bra med Travelbee sin teori om hvordan en skal møte en ny pasient (Eide & Eide, 2018, s. 368).

I en studie av Thaler et al., (2016) sammenligner de påvirkningen av den autonome styringen versus en ytre motivert behandling og dens påvirkning på motivasjonen. (Eide & Eide, 2018) skriver at dersom en person velger hvilket problem som skal komme først vil motivasjonen være mye større enn om en sykepleier tar dette valget for personen. Det kommer fram at den autonome motivasjonen ved innleggelse har en vesentlig påvirkning, med mindre symptomer (Thaler et al., 2016). Dette viser til hvor viktig det er

å respektere pasientens behov for autonomi. På den andre siden viste pasientene som hadde opplevd en ytre motivasjon under behandling flere symptomer for AN ved endt behandling (Thaler et al., 2016). Det kan spekuleres i at den terapeutiske alliansen har forfalt i disse tilfellene, og at pasienten er blitt svekket som følger. Strand et al., (2017) sin studie viser til at pasientene reflekterte at en mangel på motivasjon kunne potensielt være farlig ved innleggelse ettersom de kunne bli påvirket negativt av andre pasienter. Pasientene mente at personlig motivasjon hadde mye å si, og at det var nødvendig for å få noe ut av innleggelsen. Her skal det også nevnes at dette var en selv-innleggelses studie, men pasientene viser til mye av de samme funnene som i (Thaler et al., 2016) sin studie.

## 4.2 Implikasjoner for sykepleie

Mine funn viser hvor viktig sykepleierens rolle er i møte med pasienter med AN. Flere forskningsartikler peker på hvor viktig det er å opprette en terapeutisk allianse med pasienten. Et hovedfunn er at det første møtet med pasienten har mye å si for pasientens forløp framover, og det vises til forholdet mellom pasient og sykepleier. Dette begrunnes med pasientens ambivalens og sykdommen i seg selv. Et annet hovedfunn er at det å jobbe med AN er krevende og kan gå hardt utover sykepleieren. Som sykepleiere er man nær pasientene døgnet rundt og er i en gylden posisjon til å utvikle en terapeutisk allianse. Sykdommens natur gjør derimot dette vanskelig, hvor flere har en manipulativ adferd som kan være demotiverende. Et nøkkelfunn i flere studier viser på den andre siden at tid ofte er nødvendig for pasienter og at det gjerne blir opprettet en terapeutisk allianse derfra.

Flere funn fra forskningsartikler viser til hvordan motivasjon er en annen nødvendig faktor for bedring. Som sykepleier blir det belyst at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier både kan svekke og styrke motivasjonen til en pasient. Som sykepleier bør en da anskaffe seg kompetanse innenfor kommunikasjon og den mellommenneskelige samhandlingen for å forhindre en svekkelse av motivasjon. Den bør også inneholde kunnskap om AN og hvordan man skal gå fram i et møte med denne pasientgruppen. Sykepleiere må ikke bare være observant på hva de sier, men også den nonverbale kommunikasjonen.

Flere forskningsartikler peker på et tap av autonomi blant pasienter i møte med helsevesenet. Det blir begrunnet med at pasientene ikke blir tatt seriøst og at klinikerne gir uttrykk for at han ikke bryr seg. Sykepleiere har som oppgave å møte alle pasienter som kommer til oss for råd og møte de med respekt og forståelse.

## 4.3 Metoderefleksjon

Her vil jeg reflektere over styrker og svakheter i artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven.

En styrke ved oppgaven er at alle artiklene er mindre enn 10 år gammel. En av artiklene er derimot 9 år gammel, noe som er kan være en svakhet ettersom studien kan være utdatert. Ellers er artiklene fra 2015-2019 som er en styrke da de kan anses som nyere forskning. En av studiene er fra Norge noe som kan være en styrke ettersom den er beskrivende for det norske helsevesenet (Gulliksen et al., 2015). En av studiene er fra Sverige, hvor helsevesenet fungerer på relativt lik linje med det norske, noe som jeg anser som en styrke (Strand et al., 2017). Resten av artiklene er fra land i Vest-Europa,

Australia og Nord-Amerika. Dette kan anses som en svakhet ettersom de respektive landene ikke nødvendigvis opererer på samme måte som i Norge. Artiklene som ble brukt var i form av kvalitativ, kvantativ, kohort og mixed-methods studier. Dette kan ses på som en styrke og en svakhet ettersom de differensierer hverandre og kan gi en unøyaktighet i oppgaven. På den andre siden kan det også ses på som en styrke ved at det kan gi en bedre dybde og bredde-forståelse.

En svakhet med oppgaven er at jeg fant en mangel på forskning sett fra et sykepleiers perspektiv. Det ble derfor brukt forskning fra helsevesenet generelt. En annen svakhet med oppgaven var at jeg hadde vanskeligheter med å finne nok forskningsartikler med avgrensingskriteriene mine. Som følge av dette har jeg 2 artikler som jeg ikke har brukt så mye som jeg skulle ønsket ettersom oppgaven utformet seg litt annerledes (Faija et al., 2017; Strand et al., 2017). En studie inkluderer personer fra 12- og oppover, med en medianalder på 20. Etter konferering med veileder valgte jeg å inkludere artikkelen. En svakhet i artikkelen til Gulliksen et al., (2015) er at personene som er med i studien ikke nødvendigvis er innlagt på sykehuset på tidspunktet hvor de møter helsepersonell for første gang. Alle pasientene blir derimot intervjuet når de er på sykehus og får videre behandling. Jeg valgte å inkludere denne artikkelen fordi den illustrerer problemstillingen min godt.

En svakhet kan være at jeg fant en artikkel på databasen «Wiley Online database». Jeg valgte å bruke denne databasen som følge av at jeg ble sendt dit i flere av artiklene når jeg trykket på DOI'en til artiklene. Jeg fikk også opp 1515 artikler, men det var vanskelig å begrense søket. Jeg leste de første 20 artiklene og valgte den jeg mente var relevant for oppgaven.

Dalland (2017) skriver at i hovedsak bør man skrive fra en primærkilde. Jeg valgte å skrive om Travelbee sin teori, men brukte sekundærkilder som var på pensumlisten noe jeg anser som godkjent. Det ble brukt 3 bøker som var over 10 år gammel, noe som kan anses som en svakhet ettersom informasjonen kan være utdatert. Hummelvoll (2004) sin bok er på pensumlisten, men den nyeste utgaven ble ikke brukt. Jeg sjekket imidlertid oppunder at det var skrevet ned det samme som i den nyeste utgaven, noe det var.

### 4.3 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan en sykepleier kan skape en terapeutisk allianse og motivere pasienter med AN. Det har blitt undersøkt hvilke barrierer som står i veien for å skape en terapeutisk allianse, samt hva en sykepleier kan gjøre for å komme over disse barrierene. Det kommer fram at AN er en ytterst komplisert sykdom, som gjør det vanskelig for både pasient og sykepleier. Som følge av dette er det en lang prosess for pasient og sykepleier, hvor begge parter kan være en svekkende faktor i å skape et terapeutisk forhold. Det blir drøftet hva en sykepleier kan gjøre annerledes og hvordan en skal møte en pasient for å oppnå en terapeutisk allianse.

Videre blir det drøftet hvordan motivasjon har en påvirkning på pasienten og hva sykepleiere kan gjøre annerledes. Her blir det trukket fram at pasientens autonomi har mye å si og må bli ivarettatt for å opprettholde motivasjonen. Generelt sett har pasientene et lavt motivasjonsnivå noe som gjør jobben som sykepleier vanskelig. Kommunikasjon blir sett på som et viktig punkt gjennom hele oppgaven, og er noe som stadig kan forberedes.

Teorien framhever AN som en sykdom og fremgangsmåter som bør tas i betraktning i møte med en slik pasientgruppe. Travelbee sin teori blir brukt hyppig for å drøfte problemstillingen og for å vise til hva oss som sykepleiere kan gjøre annerledes.

AN er en kompleks sykdom og er ofte vanskelig å behandle. Som sykepleier er det mye å tenke på i møte med denne pasientgruppen. Det å skape en terapeutisk allianse og motivere pasienten er en utfordring. Sykepleiere møter derimot pasientene daglig og har en stor forutsetning for å kunne skape en terapeutisk allianse til pasienten og videre motivere pasienten til å bli frisk. Realiseringen av det mellommenneskelige forholdet som Travelbee refererer til må være det ultimate målet å strekke seg etter for enhver sykepleier.

## 5.0 Referanseliste

- Berg, M. K., Hurley, J. D., McSherry, A. J. & Strange, E. N. (2002). *Eating Disorders a Patient-centered Approach*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- Birkeland, A. & Flovik, M., Anne. (2020). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). CAPPELEN DAMM AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, 20(2), 22-26.
- Faija, C. L., Tierney, S., Gooding, P. A., Peters, S. & Fox, J. R. E. (2017). The role of pride in women with anorexia nervosa: A grounded theory study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 90(4), 567-585.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12125>
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders*, 23(3), 206-222.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>
- Hummelvoll, K. J. (2004). *HELT - ikke stykkevis og delt* (6. utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, M. K. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, J., Nina, Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, H., Gro. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krogh, V., Gunn. (2009). *Begreper i psykiatrisk sykepleie* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ramjan, L. M. & Fogarty, S. (2019). Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Australian Journal of Primary Health*, 25(1), 37-42.  
<https://doi.org/10.1071/PY18032>
- Skårderud, F. (2013). *Sterk Svak: Håndbok om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken - Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A. & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.007>
- Strand, M., Bulik, C. M., von Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. A. (2017). Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 398-405.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22659>

- Thaler, L., Israel, M., Antunes, J. M., Sarin, S., Zuroff, D. C. & Steiger, H. (2016). An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 626-629. <https://doi.org/10.1002/eat.22510>
- Torgersen, L. (2009, 2016). *Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisningslidelse*.  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>.
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *J Adv Nurs*, 74(2), 443-453. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>
- Øverås, A. M. (2018). *Å bli frisk: Veier ut av spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget.

