

Hvilke utfordringer kan en sykepleier møte i arbeidet med å etablere en god terapeutisk relasjon til unge pasienter med spiseforstyrrelser?

En litteraturstudie

Kandidatnummer: 149

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 9421

Dato 17.03.2016

Sammendrag

Denne oppgaven er et litteraturstudium, og handler om utfordringer en sykepleier kan møte i arbeidet med å utvikle en terapeutisk relasjon til unge pasienter med spiseforstyrrelser. Fokuset vil være rettet mot delen av pasientgruppen som utgjøres av unge jenter med anoreksi.

Oppgaven baserer seg på faglitteratur og funn fra forskningsartikler som omhandler spiseforstyrrelser som fenomen, samt de utfordringer som kan oppstå underveis i sykepleiers arbeid for å etablere en god, terapeutisk relasjon. Spesielt har jeg benyttet meg av litteratur fra lege og psykiater Finn Skårderud og relasjonsteorien til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.

Funnene viser at det er mange sammensatte utfordringer som kan oppstå i møtet mellom sykepleier og unge pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg har valgt å legge fokus på fire av disse. Utfordringene inkluderer ambivalens og motstand mot behandling, utfordringer knyttet til kontroll og ubalanse i relasjonen, vanskelige følelser hos sykepleier, og utfordringer knyttet til skamfølelse hos pasienten.

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Valg av tema og problemstilling	4
1.2 Avgrensning av problemstillingen	5
1.3 Oppgavens struktur.....	5
2. Teori	6
2.1 Anoreksi	6
2.2 Den terapeutiske relasjon – hva begrepet innebærer	8
2.3 Joyce Travelbees relasjonsteori.....	8
2.4 Den terapeutiske relasjon og anoreksi	10
3. Metode	12
3.1 Valg av metode.....	12
3.2 Kriterier for utvalgelse	12
3.3 Søkestrategi og fremgangsmåte.....	13
3.4 Kildekritikk	14
4. Funn	15
5. Drøfting	20
5.1 Ambivalens og motstand	20
5.2 utfordringer knyttet til ubalanse og kontroll.....	23
5.3 Vanskelige følelser hos sykepleier	26
5.4 utfordringer knyttet til skamfølelse hos pasienten.....	29
6. Oppsummering	32
Litteraturliste	33

1. Innledning

Spiseforstyrrelser opptrer i en rekke former, undergrupper og alvorlighetsgrader. De rammer uavhengig av kjønn, alder og sosiale klasser (Hummelvoll 2012:307). Det antas at de alvorligste formene, anoreksi og bulimi, opptrer blant 2% av den kvinnelige befolkning mellom 15 og 45 år, og at hver tiende som rammes, er mann (ibid). Mer moderate utgaver opptrer langt hyppigere, og mange beveger seg mellom ulike diagnosegrupper. Disse går under kategorien atypiske spiseforstyrrelser, og antas å forekomme blant 4-6 % av befolkningen (ibid). Lidelsene er nært knyttet til skam og stigma, og det antas å foreligge store mørketall. Underernæring, overspising og framprovosert oppkast er eksempler på spiseforstyrret atferd som leder til store konsekvenser for den rammedes kropp. Samtidig er spiseforstyrrelser enormt belastende for den rammedes mentale helse og deres nære relasjoner. De øker risikoen for sekundære lidelser, både fysiske og psykiske, og de øker også sjansene for død og selvmord (Skårderud 2000:60-67).

1.1 Valg av tema og problemstilling

En sykepleier vil kunne møte pasienter med spiseforstyrrelser både i og utenfor institusjoner, i primær og sekundærhelsetjenesten, i somatiske og psykiatriske avdelinger. I behandling av mennesker med spiseforstyrrelser, regnes kommunikasjon og relasjonsbygging helt sentralt for tilfriskningsprosessen (Elvins og Green 2008). Psykiater Finn Skårderud beskriver god kommunikasjon og gode samtaler som den beste medisin mot spiseforstyrrelser (2000:261). Personlig fikk jeg særlig interesse for temaet da jeg hadde praksis i kommunal psykisk helsetjeneste, der spiseforstyrrelser og kommunikasjonsutfordringer var et hyppig samtaletema blant personalet. Noen av tjenestens brukere som hadde vedtak på ukentlig samtale, slet med spiseforstyrrelser. Flere av pleierne opplevde det som en krevende oppgave å skulle komme denne brukergruppens behov i møte, da særlig på grunn av utfordringer knyttet til kommunikasjon og relasjonsbygging. Slike utfordringer later også til å være hyppige gjengangstemaer i litteratur som omhandler behandlingsarbeidet med personer med spiseforstyrrelser. Jeg synes derfor det er interessant å lære mer om disse utfordringene, og problemstillingen jeg har valgt, er: *«hvilke utfordringer kan sykepleier møte i arbeidet med å etablere en god terapeutisk relasjon til unge pasienter med spiseforstyrrelser?»*.

1.2 Avgrensning av problemstillingen

Av hensyn til bacheloroppgavens rammer, er det nødvendig å gjøre noen avgrensninger knyttet til oppgavens omfang. Ettersom spiseforstyrrelser oftest oppstår i ungdomsalder, har jeg valgt å begrense fokus mot aldersgruppen 12-18 år. Selv om kommunikasjonsrelaterte utfordringer kan ha mange likhetstrekk på tross av form for spiseforstyrrelse, har jeg valgt å ta utgangspunkt i pasientgruppen med anoreksi. Dette er fordi forskningsartiklene jeg senere vil anvende, hovedsakelig er basert på pasienter med anoreksidiagnose. Ettersom jenter utgjør den største andelen av pasientgruppen med cirka 90% (Hummelvoll 2012:307), har jeg valgt å avgrense oppgavebesvarelsen til å omhandle jenter. Jeg har også valgt å ikke inkludere pårørendes rolle i behandlingen, men i stedet gå mer i dybden av den terapeutiske pleier-pasient-relasjonen.

1.3 Oppgavens struktur

I oppgavens teoridel vil jeg først forklare anoreksi som lidelse og fenomen. Videre vil teoridelen inneholde en redegjørelse for den terapeutiske relasjon som begrep. Jeg vil forklare dens rolle i sykepleiers praksis ved hjelp av Joyce Travelbees relasjonsteori. I metodedelen vil jeg redegjøre for mitt valg av metode, samt begrunne vurdering og fremgangsmåte av utvalgt forskningslitteratur. I funndelen vil jeg presentere hva forskning sier om typiske utfordringer som sykepleier kan møte i arbeidet med ungdom med anoreksi. Dette vil også legge grunnlag for drøftingsdelen.

2. Teori

2.1 Anoreksi

Anoreksi, eller anorexia nervosa, blir regnet for å være den dødeligste sinnslidelse i vår tid (Aarre 2009:161). For at diagnosen skal kunne stilles, er det flere kjennetegn som må være til stede. Verdens Helseorganisasjons ICD-10 stiller følgende diagnosekriterier:

- 1) Personen veier minst 15 % under hva som er forventet i forhold til alder og høyde, eller har en kroppsmasseindeks på 17,5 eller lavere.
- 2) Vekttapet er selvframkalt. Dette skjer for eksempel ved at individet unngår fetende mat og begrenser matinntaket, gjerne i kombinasjon med hard fysisk aktivitet, bruk av avføringsmidler og liknende. Individet ignorerer kroppens næringsbehov og uttrykk for sult.
- 3) Oppfatningen av egen kropp er forstyrret.
- 4) Det foreligger hormonforstyrrelser, som for eksempel leder til tap av menstruasjon hos kvinner.
- 5) Pubertetsutviklingen stopper opp, dersom sykdomsdebut skjer før puberteten.

I tillegg benyttes begrepet *atypisk anoreksi* for de som mangler ett eller flere av de overnevnte punkter, men som har et klinisk symptom-bilde som ellers er likt ved anoreksi (Skårderud 2000:296).

Anoreksi debuterer oftest i alder mellom 12 og 18 år, men kan også oppstå senere (Hummelvoll 2012:306). Forekomsttallene er noe usikre, da mange mener at det foreligger store mørketall. Det anslås en omtrentlig utbredelse på 0,5 -5 % blant jenter og unge kvinner (Snoek og Engedal 2004:112), som også utgjør cirka 90 % av pasientgruppen (Hummelvoll 2012:307).

Årsaksforholdene ved spiseforstyrrelser er mange og sammensatte. Det eksisterer en rekke teorier, både biologiske og psykodynamiske, så vel som kognitive atferdsteorier og systemteoretiske synspunkter som ser pasientens situasjon i sammenheng med resten av familiens dynamikk (Hummelvoll 2012:313-314). Noen kjennetegn ved anoreksipasienters personlighetstrekk, er perfektjonisme (Aarre 2009:164), dårlig evne til å uttrykke tanker, følelser og behov (Hummelvoll 2012:310), lav selvaktelse og opplevelse av manglende kontroll (Skårderud 2000:21). I den vestlige verden er det særlig opptatthet omkring mat, kropp og vekt, og i ungdomsalder når sykdommen gjerne debuterer, er det mange som opplever perioder av usikkerhet, ensomhet og opplevelse av ikke å bli sett.

Kontroll over mat og vekt kan da bli en form for mestringsstrategi – en midlertidig løsning som senere blir det store problemet (Skårderud 2000:22).

Alvorlig underernæring har konsekvenser for alle organer i kroppen. Kroppstemperatur, puls og blodtrykk reduseres. Pasienten blir slapp og fryser (Skårderud 2000:60). Næring- og væskemangel kan lede til elektrolyttforstyrrelser, som blant annet kan påvirke hjertet, hormonsystemet, immunforsvaret og muskulaturen (ibid:63). Pasienten kan også få problemer med fordøyelsesapparatet, i tillegg til kronisk problematikk med benskjørhet og økt risiko for infertilitet (ibid:61).

Langvarig underernæring kan lede til at hjernemassen minsker. Man blir sløv, stemningsleiet svekkes og følelsene preges av ustabilitet. På langsikt kan man bli plaget av redusert hukommelse og små lammelser (Skårderud 2000:61). Ved anoreksi kretser tanker og følelser omkring vekt, kropp, kalorier og mat omtrent hele tiden (ibid:14). Man blir aldri tynn nok i egne øyne (Hummelvoll 2012:310). Etter varige perioder med frivillig sult, får man økt tendens til tvangshandlinger (Skårderud 2000:61), og dersom pasientens tvangspregede systemer forstyrres, leder det ofte til katastrofefølelse (Snoek og Engedal 2004:113). Mellom 50-75% av anoreksipasientene regnes å utvikle depresjon eller dystymi før eller senere (Aarre 2009:164). Generelt sett vil den rammedes livsutfoldelse og livskvalitet begrenses betydelig (Hummelvoll 2012:309).

Anoreksi er en kompleks lidelse. Den er kjent for å være vanskelig og tidkrevende å behandle, og det forekommer ofte tilbakefall underveis (Snoek og Engedal 2004:114). Det anslås at omkring seksti prosent blir friske. Cirka tjue prosent får kronisk problematikk (Skårderud 2000:73), og fem prosent dør, enten av selvmord eller som følge av alvorlige fysiologiske komplikasjoner til underernæringen (Aarre 2009:165).

Behandlingen kan foregå både i primær- og sekundærhelsetjenesten. Noen ganger er det behov for innleggelse i psykiatrisk sykehus, for eksempel ved alvorlig depresjon.

Sykehusinnleggelse er også aktuelt i tilfeller hvor det er behov for infusjonsbehandling for å rette opp vekt og elektrolyttbalanse (Hummelvoll 2012:319). Videre støttebehandling skjer gjerne i primærhelsetjenesten (ibid:319). God kommunikasjon, så vel som en god relasjon, blir ofte ansett som hjørnesteiner i behandlingsarbeidet, og blir ifølge Skårderud (2000:262) beskrevet som den viktigste medisin mot spiseforstyrrelser.

2.2 Den terapeutiske relasjon – hva begrepet innebærer

I følge Wright (2010), skal den terapeutiske relasjonen mellom pleier og pasient være preget av profesjonalitet, og dens formål skal være å virke bedringsfremmende i behandlingsprosessen. Relasjonen innebærer prinsipper som respekt, omsorg, tiltro og positivitet (McKlindon og Barnsteiner 1999, Ramjan 2004). Særlig vektlegges også empati og *rappor*t, som innebærer pleierens forståelse for pasientens opplevelse av sin situasjon og lidelse (Reynolds og Scott 1999, Davies og Huws-Thomas 2007). For at relasjonen mellom pasient og pleier skal kunne regnes som terapeutisk, avhenger den, ifølge Ramjan (2004), av at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter og at han eller hun har evne til å tilegne seg pasientens tillit. Dette skriver også Wright (2010), som hevder at kommunikative ferdigheter er helt nødvendig for kvaliteten av behandlingsprosessen.

Den terapeutiske relasjon har vært mye omtalt i sykepleielitteratur, hvor den har blitt sett på fra en rekke ulike perspektiver (Wright 2010). En av de mest sentrale relasjonsteoretikerne innenfor sykepleiefaget, og som var spesielt opptatt av pleier-pasient-relasjonen, er Joyce Travelbee.

2.3 Joyce Travelbees relasjonsteori

Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier som anså den hjelpende, mellommenneskelige prosessen for å være en sykepleiers virkemiddel for å nå sine mål og for å oppfylle sin hensikt (Travelbee 1999:172). Hun vektla det å anerkjenne pasienten som et unikt individ. Det å bruke kommunikasjon som virkemiddel for å opprette det hun kalte for menneske-til-menneske-forholdet. Via dette forholdet skulle sykepleieren hjelpe pasienten til å mestre eller å finne mening i sin opplevelse og lidelse, og for å få til dette, måtte sykepleieren blant annet være bevisst på sine egne tanker, følelser og sin atferd (ibid:171).

Travelbee mente at den gode kommunikasjon forutsetter at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, og at utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet er basert på en interaksjonsprosess som utvikles gjennom flere faser. Disse fasene består av det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Gjensidig forståelse og kontakt er fasen som oppstår når de foregående fasene er vellykket, og betraktes som et synonym til menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee 1999:172).

Den første fasen Travelbee beskriver – det innledende møtet mellom pleier og pasient-baseres på førsteinntrykk og observasjoner av hverandre. Verbal og non-verbal

kommunikasjon vil evalueres, og slutninger vil trekkes på bakgrunn av tidligere erfaringer. Sykepleieren vurderer pasienten ut ifra tidligere pasienter hun eller han har hatt, og pasienten vurderer sykepleieren ut i fra egne forhåndsforventninger (Travelbee 1999:186).

Sykepleierens oppgave i denne fasen, vil være å se pasienten som menneske, og dermed tilsidesette de oppfatninger hun på forhånd har gjort seg om sin pasient (ibid).

Gjennom andre fase vil relasjonen utvikle seg videre. Et bånd vil oppstå, og identiteter vil vokse fram. Sykepleieren begynner da å kunne skille pasienten fra andre pasienter, og å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. I denne fasen vil sykepleiers oppgave, ifølge Travelbee, være å gjøre seg bevisst på måten han eller hun oppfatter sin pasient, og hvorvidt han eller hun klarer å se pasienten som et unikt individ (Travelbee 1999:192).

Tredje fase går ut på at sykepleier utvikler empati for pasienten. Travelbee definerte empati som en bevisst prosess, der sykepleieren klarer å forstå pasientens psykiske tilstand og å se forbi pasientens ytre atferd (Travelbee 1999:193). Relasjonen blir sterkere i denne fasen ved at det oppstår tillit mellom partene. Pasienten blir da mer sårbar, og kan bli redd for å ha avslørt for mye av seg selv til pleieren (ibid:194). I denne fasen betegner Travelbee det som særlig viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne holdninger og fordommer. Hun skriver også at empati er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for god sykepleie. God sykepleie avhenger også av sympati og medfølelse (ibid:200).

Sympati inngår i den fjerde fase, og har rotfeste i det som har oppstått i løpet av empatiprosessen (Travelbee 1999:200). Ifølge Travelbee, inkluderer denne fasen at sykepleieren har et genuint ønske om å hjelpe pasienten med sine lidelser. Den inkluderer også at sykepleieren klarer å gi pasienten følelsesmessig støtte i den vanskelige tiden (ibid:202). I denne fasen blir partene mer sårbare, da man gir noe av seg selv gjennom å dele medfølelse (ibid:206). Sykepleierens oppgave vil i denne fasen være å videreføre sin medfølelse inn i sykepleiehandlinger som kan være til hjelp for pasientene (ibid:210).

Gjennom disse fasene skal sykepleier-pasient-forholdet utvikle seg mot en gjensidig forståelse, en relasjon der man evner å forstå hverandres perspektiver og som oppleves meningsfull og tillitspreget for begge parter. Dette er femte og siste fase, og defineres av Travelbee som det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee 1999:211).

Ifølge Travelbee kan hele prosessen stoppe opp eller flate ut når som helst i løpet av fasene. Dersom dette skjer, mente Travelbee at det vil være sykepleierens ansvar å finne årsaken til hindringen, og å gjøre det som kreves for å igangsette prosessen igjen (ibid:172).

2.4 Den terapeutiske relasjon og anoreksi

Finn Skårderud, psykiater og ekspert på spiseforstyrrelser, beskriver som nevnt den gode relasjon med tilhørende god kommunikasjon som den beste medisin mot spiseforstyrrelser (Skårderud 2000:261). Han forklarer at behandlingen handler om å danne et trygt forhold, der man ser pasienten bak symptomene (ibid:95).

Den terapeutiske relasjon har ifølge Wright stadig vist seg å være avgjørende i forhold til behandlingsresultater knyttet til mental helse (Wright 2010), og er ifølge Ramjan også avgjørende i sykepleie rettet mot ungdom med anoreksi (Ramjan 2004). Relasjonen kan virke stressdempende og samtidig oppmuntre til etterlevelse av behandling (Davies og Huws-Thomas 2007).

Den terapeutiske relasjon beskrives av Hummelvoll (2012:321) som essensiell for pasientens opplevelse av omsorg. Skårderud påpeker at et sentralt poeng i behandlingsarbeidet, er å alliere seg med den delen av pasienten som ønsker forandring og bedring (2000:324).

Den terapeutiske relasjonsetableringen oppleves ofte som en utfordrende oppgave for sykepleiere som arbeider med pasienter med anoreksi (Ramjan 2004). Felles for mange med anoreksi, er at de ikke anser seg selv som syke og at de stiller motvillig til behandling (Hummelvoll 2012:318). Mange med anoreksi opplever at sykdommen gir dem gevinster i form av økt kontroll- og mestringsfølelse, så vel som en måte å formilde sine følelser på. Dette er også en av årsakene til at mange pasienter med anoreksi opplever ambivalens i forhold til behandling (Williams og Reid 2008). Lidelsen er sammensatt og kompleks (Ramjan 2004), og behandlingen er ofte langvarig og krevende (Skårderud 2000:322).

Et særlig utfordrende aspekt i behandlingen, er at den gjerne innebærer en form for vektøkning som mål. Dette medfører ofte problemer, da redselen for mat og kilo står sterkt hos de fleste anoreksipasienter (Skårderud 2000:325). De vil ikke legge på seg, vil ikke spise, da dette er deres mestringsstrategi – deres løsning på det vanskelige i livet. Ifølge Williams og Reid (2008), opplever mange med anoreksi at nettopp spisevegringen er deres eneste måte for å oppnå lykkefølelse.

Vektøkning oppleves gjerne som en ødeleggende faktor for deres opplevelse av kontroll, hvilket også medfører problemer knyttet til det å danne en tillitspreget relasjon til pleierne (Wright 2010). Fra pleiernes side oppleves, ifølge Ramjan, ofte vanskeligheter med å forstå

anoreksi som lidelse. For eksempel i form av at pleierne tror at lidelsen er selvforskyldt, at de opplever behandlingsarbeidet som frustrerende og bortkastet, eller at de opplever seg selv som mislykket dersom de ikke lykkes i å styre pasientens bedringsprosess i riktig retning (Ramjan 2004). Tilsvarende utfordringer skal jeg presentere ytterligere i oppgavens funn- og drøftingsdel.

3. Metode

3.1 Valg av metode

For å besvare min problemstilling, har jeg valgt å bruke litteraturstudium som metode. Dette er en metode som innebærer å systematisere kunnskap ut ifra skriftlige kilder (Thidemann 2015:79). Jeg har altså foretatt litteratursøk for å se hva allerede eksisterende forskning sier om spiseforstyrrelser og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. Litteraturstudie har vært en passende metode til å besvare min problemstilling da jeg har valgt et tema som det i utgangspunktet finnes en del forskning på, hvor mye av forskningen også er av nyere dato.

Teoridelen er bygget på to bøker fra pensum, samt to andre fagbøker som omhandler spiseforstyrrelser. En av disse er skrevet av psykiater og spesialist på spiseforstyrrelser, Finn Skårderud. Jeg har også benyttet meg av Joyce Travelbees bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie for å forklare den terapeutiske relasjon. I tillegg til faglitteratur, har jeg benyttet en fagartikkel og tre forskningsartikler i teoridelen.

Forskningsartiklene jeg har valgt ut til funn, er alle kvalitative studier. Kvalitativt orienterte studier kjennetegnes blant annet ved at de går i dybden, at de får frem det som er spesielt ved tema, og at de tar på sikte å frembringe helhet og sammenheng (Dalland 2012:113). Å bruke litteraturstudie som metode, har gjort det mulig for meg å se problemstillingen i lys av ulike perspektiver, da halvparten av forskningslitteraturen jeg har anvendt er basert på pleiererfaringer, mens den andre halvparten er basert på pasienterfaringer. Dette har vært gunstig i den forstand at det har gjort det mulig å sammenlikne de ulike funn og dermed å kunne diskutere disse ut i fra et mer helhetlig perspektiv.

3.2 Kriterier for utvelgelse

For å sile ut relevant og troverdig materiale til funn, satte jeg visse kriterier for utvelgelse av stoff. Jeg ønsket for eksempel ikke å inkludere forskningsartikler utgitt tidligere enn 2006, altså eldre enn ti år gammel. Dette var i den hensikt å få så dagsaktuelle resultater som mulig. Av hensyn til kildenes kredibilitet, satte jeg som kriteria at alle artiklene skulle være fagfelleurdert, samt at de skulle følge IMRaD-prinsippet – en struktur som de fleste vitenskapelige artikler er bygget opp etter (Nortvedt m.fl. 2012:69).

Artiklene skulle være enten engelskspråklige eller nordiske, og de skulle være tilgjengelig i fulltekst, med tilhørende tilgjengelig abstrakt. Det var naturligvis også en forutsetning at forskningen skulle ha relevans i forhold til min problemstilling. Ettersom jeg i min oppgave har valgt å ha fokus rettet mot ungdom, valgte jeg for eksempel å ekskludere forskning som kun inkluderte barn eller pasienter over 25 år.

Jeg ønsket hovedsakelig artikler som fokuserte på den terapeutiske pleier-pasient-relasjonen i arbeidet med pasienter med anoreksi, og som hadde relevans i forhold til sykepleieres utøvende rolle. Jeg ekskluderte derfor artikler der hovedfokus var rettet mot andre aspekter ved lidelsen, som for eksempel mot gruppeterapi, mot relasjonen mellom pasient og pårørende, eller som fokuserte på sekundær problematikk, som for eksempel selvsykdom og depresjon.

3.3 Søkestrategi og fremgangsmåte

I søk etter anvendbar forskningslitteratur, har jeg forsøkt ulike databaser. Blant annet har jeg sett etter materiale på *PubMed*, *Google Scholar*, *sykepleien.no* og *CINAHL*. Sistnevnte er den jeg har benyttet meg av i størst grad, og alle artiklene jeg til slutt har valgt ut, er funnet her. *CINAHL* er en database utgitt av *Ebsco Publishing*, og inneholder referanser til engelskspråklige tidsskrifter innenfor blant annet sykepleie (Underdal 2013).

For å finne relevant litteratur, valgte jeg søkeord med utgangspunkt i problemstillingen. Jeg benyttet søkeordene *anorexia nervosa* (anoreksi), *adolescents* (ungdom) og *therapeutic relationship* (terapeutisk relasjon).

For å tilegne meg et generelt overblikk, foretok jeg først søk på søkeordene hver for seg. Da dette ga svært tallrike resultater, valgte jeg å sette søkeordene sammen i ulike kombinasjoner. Dette bidro til å begrense antall treff, i tillegg til å gi mer relevante resultater. For eksempel ga søket på '*anorexia nervosa*' og '*therapeutic relationship*' henholdsvis 2,989 og 1,166 treff hver for seg, men 58 i kombinasjon med hverandre ved hjelp av søkeordet 'AND'. Av disse 58, valgte jeg ut 8 basert på overskrift og abstrakt etter kriteriene nevnt i punkt 3.2. Etter å ha lest gjennom disse 8, ble 4 valgt ut. De resterende ble ekskludert etter utvelgelseskriteriene.

Jeg forsøkte så å benytte meg av synonymer til søkeordene i hensikt å få flere tilsvarende resultater. For eksempel byttet jeg ut '*therapeutic relationship*' med '*therapeutic alliance*' i kombinasjon med '*anorexia nervosa*'. Jeg fikk da 44 treff, inkludert de 4 jeg allerede hadde valgt ut, men ingen nye som jeg fant relevante til å benytte i min oppgavebesvarelse.

Jeg foretok også spesifikt søk etter materiale skrevet av Finn Skårderud, da jeg i teoridelen har benyttet en av hans bøker, og på forhånd visste at han har utgitt mer materiale tilknyttet emnet. Jeg brukte da søkeordene '*Skårderud*' AND '*anorexia nervosa*' AND '*adolescents*'. Dette ga 18 resultater, hvorav 8 var skrevet av Skårderud - enten alene eller som medvirkende forfatter - og de resterende var artikler som kun henviste til hans materiale og ble ekskludert da de heller ikke oppfylte inkluderingskriteriene. Av de 8 som Skårderud hadde skrevet, ble 1 valgt ut. Etter å ha lest overskrift og abstrakt, ble de resterende ekskludert, da pasientenes aldersgruppe ikke oppfylte inkluderingskriteriene, eller at fokuset var rettet mot andre aspekter ved lidelsen og at jeg dermed ikke fant dem anvendbare i min oppgavebesvarelse. Etter søkeprosessen satt jeg til slutt igjen med 5 utvalgte forskningsartikler til funn, hvorav 4 er bygget på kvalitative intervjuer, og 1 er et systematisk litteraturstudium.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere kildene som anvendes i et arbeid, og er en metode for å bestemme hvorvidt en kilde er sann eller ikke (Dalland 2007:67). I min oppgave har jeg benyttet meg av kildekritikk ved å velge ut materiale ut i fra forhåndsbestemte inkluderings- og ekskluderingskriterier. Dette er fordi for at utvalgt materiale skal kunne være relevant og pålitelig i forhold til å besvare min problemstilling. Det har vært viktig at kildene sier noe om spørsmålet jeg stiller i min oppgave, og at de belyser problemstillingen fra flere sider. At forskningen ikke skulle være eldre enn ti år gammel, har vært for å unngå utdaterte resultater. Jeg har også henvist så grundig som mulig til kilder der jeg har brukt materiale som ikke mitt eget, i den hensikt å gjøre det lett å kunne gå tilbake til utgangspunktet.

Jeg har hovedsakelig benyttet meg av primærlitteratur til å besvare min oppgave, men jeg har også brukt noe sekundærlitteratur. Deriblant har jeg benyttet meg av en norskoversatt utgave av Joyce Travelbees bok. Sekundærlitteratur innebærer at allerede eksisterende stoff blir gjengitt av en annen forfatter. I denne prosessen kan misforståelser i form av feil oversettelse og feil fortolkning av sekundærkilden forekomme (Dalland 2007:87), og dette er noe man bør være bevisst på.

4. Funn

Jeg vil her presentere utvalgte forskningsartikler i form av et transkriberingsskjema.

Forfatter Årstell Land Database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn
Sly m.fl. 2014 Storbritannia <i>CINAHL</i>	«Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa	Undersøke hvordan unge kvinner med anoreksi opplevde utviklingen av den terapeutiske relasjon til pleierne mens de mottok behandling for anoreksi	Kvalitativ studie Semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer	n=8 M/K=0/8 Snittalder: 25 år Alle deltakerne var innlagt og mottok behandling for anoreksi.	Forholdet til primærsykepleier hadde betydning for hvordan deltakerne opplevde sin kapasitet til å håndtere problemer som oppstod underveis i behandlingen. Førsteintrykket av pleierne ble av flere angitt som betydningsfullt for videre relasjonsetablering. Deltakerne regnet det terapeutiske forhold som godt når det var balansert – pleieren måtte ikke være for dominerende eller for passiv. ¾ av deltakerne hadde tidligere opplevelser med pleiere de oppfattet som for dominerende eller for passive. Deltakerne opplevde å gi etter for spiseforstyrret atferd under behandling, uten å føle at de kunne innrømme det ovenfor pleier. Der primærsykepleieren aktivt tok initiativ til å snakke om såkalte «behandlingstabuer», var sjansene større for utvikling av en god terapeutisk relasjon.

Forfatter Årstall Land Database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn
Snell, L., Crowe, M. og Jordan, J. 2010 New Zealand <i>CINAHL</i>	«Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit»	Undersøke hvordan sykepleiere opplevde å etablere terapeutiske relasjoner til pasienter innlagt på avdeling for spiseforstyrrelser	Kvalitativ studie Individuelle intervjuer	n= 7 M/K: - Alder: 30-50 år Deltakerne var sykepleiere med minimum fire års erfaring på feltet	Sykepleierne opplevde at pasientene ofte ikke selv følte at de hadde et problem. Dette la hinder for kommunikasjonen, for eksempel ved at pasientene ikke ønsket å engasjere seg i det behandleren sa. Sykepleierne opplyste at anoreksien ofte hindret pasientenes evne til å snakke fritt om sine problemer. Pasientene ønsket ofte å holde avstand til sykepleierne, ettersom et pasient-pleierforhold kunne bety at de måtte anerkjenne sin sykdom.

Forfatter Årstall Land Database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn
Warren, C. S., Crowley, M. E., Olvardia, R. og Schoen, A. 2009 USA <i>CINHAL</i>	«Treating Patients with Eating Disorders: An Examination of Treatment Provider's Experiences»	Undersøke behandleres opplevelse med å arbeide med pasienter med spiseforstyrrelser	Spørreundersøkelse med både kvalitative og kvantitative spørsmål Semistrukturerte intervjuer Fenomenologisk undersøkelse	n= 43 M/K: 4/39 Snittalder: 50 år Deltakerne var profesjonelle behandlere som deltok på Multi-service Eating Disorders Association sitt årsmøte i 2006	Undersøkelsen fant at aspektene som deltakerne opplevde som mest utfordrende i arbeidet med pasientgruppen, var: - Vanskeligheter med å gi behandling, blant annet på grunn av motstand hos pasienten - Generelle karakteristikk ved pasientgruppen, som blant annet inkluderte høye tilbakefallsrater og dødsrisiko - Negative følelser i behandleren, som for eksempel bekymring og frustrasjon i møte med pasienten

Forfatter Årstall Land Database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn
Westwood, L.M. og Kendal, S. E. 2012 Storbritannia <i>CINAHL</i>	«Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature»	Undersøke hva forskning sier om hvordan ungdom med anoreksi opplever sin behandling	Systematisk litteraturstudie foretatt mellom 2009 og 2010 Data analysert gjennom en fire-modellstrategi	Basert på 11 utvalgte forskningsartikler Aldrer på pasienter omtalt i studiene: 11-26 år	Anoreksi ble opplevd som et forsøk på å ta kontroll, samtidig som noe som tok kontroll over individet Pasientene mislikte å bli fratatt kontroll, og motsatte seg pleierens intervensjoner, men mange anså de likevel som livsnødvendige Den terapeutiske allianse ble ansett som en strategi for å overkomme problemer i behandlingen, men var utfordrende på grunn av klientenes ambivalens mot behandling En terapeutisk relasjon var avhengig av at pleierne viste forståelse og var empatiske

Forfatter Årstall Land Database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn
Skråderud, F. (2007) Norge <i>CINAHL</i>	“Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study”	Å undersøke hvilken betydning skam har for pasienter med anoreksi	Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	n= 13 M/K: 0/13 Snittalder: 16-39 år Deltakerne var alle pasienter med anoreksidiagnose	Skam ble beskrevet både som årsak til og konsekvens av anoreksisymptomer Ulike undergrupper skam kan i forbindelse med spiseforstyrrelser være kroppsskam, skam relatert til utseende og stigma, skam for å «gi etter» m.m. Mange anoreksipasienter opplevde at spiseforstyrrelsen ga dem en følelse av stolthet. Dette i form av kontroll-følelse, det å være spesiell, det å mestre noe og liknende Den terapeutiske relasjonen kunne trigge skamfølelse hos pasientene med anoreksi

5. Drøfting

«Hvilke utfordringer kan en sykepleier møte i arbeidet med å etablere en god terapeutisk relasjon til unge pasienter med spiseforstyrrelser?»

Funn fra forskningsartiklene utpeker flere relasjonstilknyttede utfordringer som en sykepleier kan møte i sitt arbeid med unge pasienter med anoreksi. Funnene utdyper dermed hva teorien også sier om temaet, i form av eksempler hentet fra selvopplevde pasient- og pleiererfaringer. I samtlig litteratur påpekes også betydningen denne relasjonen kan ha for anoreksipasienters tilfriskningsprosess. En kort oppsummering av hovedfunn, viser at utfordringer kan oppstå i form av ambivalens og motstand mot behandling, løgner om atferd og skamfølelse hos pasienten, så vel som vanskelige og negative følelser hos sykepleier, et ubalansert pleier-pasient-forhold og en kamp om kontrollen mellom sykepleier og pasient.

Jeg har i denne delen av oppgavebesvarelsen valgt å fokusere på fire av utfordringene som kommer fram i funnene. Dette er: ambivalens hos pasienten, kamp om kontroll, vanskelige følelser hos sykepleier og problematikk knyttet til skamfølelse hos pasienten. Jeg vil nå drøfte disse punkt for punkt, ved hjelp av funn gjort i forskningsartiklene. Jeg vil bygge opp med teori, samt trekke inn Joyce Travelbees relasjonsprosess, for blant annet å se hvor i prosessen utfordringene gjør seg særlig aktuelle. Jeg vil også trekke inn hva funn og teori sier om hvordan man som sykepleier kan komme disse utfordringene i møte. Dette er for å se hvordan man kan håndtere utfordringene på en måte som likevel gjør det mulig å utvikle og opprettholde en god, terapeutisk relasjon.

5.1 Ambivalens og motstand

Snell, Crowe and Jordans studie fra 2010, viste at de intervjuede sykepleierne ofte opplevde at deres pasienter ikke selv erkjente at de hadde et problem. Et eksempel som trekkes fram, er at pasientene benektet sin lidelse og motsatte seg sykepleiernes forsøk på å innlede en terapeutisk relasjon. Motstanden kom for eksempel til uttrykk ved at pasientene heller stirret ut av vinduet enn å lytte til det pleierne fortalte, eller at de på andre måter ikke viste interesse overhode. En av de intervjuede sykepleierne, fortalte at hun opplevde det som svært utfordrende å skulle forsøke å overbevise pasientene om at de faktisk hadde en lidelse (Snell, Crowe og Jordan 2010).

Både teori og funn utpeker ambivalens i forhold til behandling som et typisk fenomen hos pasienter med spiseforstyrrelser. Slik som illustrert i Snell m.fl. sin studie fra 2010, beskriver også Hummelvoll at pasienter med anoreksi ofte ikke betrakter seg selv som syke og dermed ikke anser seg selv som i behov for behandling (Hummelvoll 2012:231). Anoreksien blir, snarere enn et problem i seg selv, ofte i stedet oppfattet som løsningen på *andre* problemer, hvilket kan beskrives som en medvirkende årsak til denne behandlingsresistensen (ibid:318).

Sykepleierne i Snell m.fl. sin studie, beskrev det som en kontinuerlig trussel mot den terapeutiske relasjon at pasientene motsatte seg deres forsøk på tilnærming. En av sykepleierne forklarte pasientenes motstand mot pleier-pasient-relasjonen som en måte å unngå det å akseptere sin sykdom på, ettersom det å etablere en relasjon til pleier, kunne innebære å måtte akseptere det at de faktisk hadde et problem (Snell m.fl. 2010).

Sett i lys av Travelbees teori om oppbygningen av menneske-menneske-forholdet, er ambivalens og motstand til behandling noe som jeg anser som særlig relevant i første møte og i første fase av prosessen. Ifølge Travelbee, preges det innledende møtet av førsteinntrykk og av tidligere erfaringer hos begge parter (Travelbee 1999:186). Denne fasen er særlig viktig, da det er den som danner forutsetning for videre møter og for at det videre kan oppstå en fremvekst av identiteter (ibid:188). Snell m.fl. viste i sin studie at når pasientene benektet sin sykdom og motsatte seg behandling, gjorde dette at potensialet til den terapeutiske relasjon ble vanskelig å oppnå (Snell m.fl. 2010).

For å lykkes, var situasjonen avhengig av sykepleiernes evne til å håndtere pasientenes motstand og at de likevel fulgte opp med behandlingstiltakene (Snell m.fl. 2010). Dette kan også ses i lys av Travelbees tredje og fjerde fase – empati og sympati -som dreier seg om å se forbi pasientens ytre atferd og å forstå pasientens indre tilstand i den aktuelle situasjonen (Travelbee 1999:193), og videre at sykepleieren klarer å omsette sympati og medfølelse til sykepleietiltak som kan hjelpe pasientene (ibid:209).

For å få pasientene til å bli klar over sitt problem, og dermed senke forsvaret mot sykepleiernes tilnæringsforsøk, forsøkte sykepleieren i Snell m.fl. sin studie å gi pasientene kunnskap om anoreksilidelsen og hvordan den påvirket kroppene deres, slik at pasientene selv kunne forstå at mye av det som skjedde, faktisk kom som følge av sykdommen (Snell m.fl. 2010). Dette skriver også Hummelvoll noe om. Ifølge Hummelvoll kan man som sykepleier styrke pasientens eget vurderingsgrunnlag ved å danne allianse med delen av pasienten som ønsker å bli frisk. Fremgangsmåten er da å hjelpe pasienten med å tilegne seg kunnskap om

hvordan kroppen fungerer, både somatisk og psykososialt, og hvilke konsekvenser spiseforstyrret atferd – som oppkast og langvarig sult – kan ha for kroppen i det lange løp (Hummelvoll 2012:324).

En annen del av behandlingen som kan lede til ambivalens og motstand hos pasientene, er den delen av behandlingsprosessen som innebærer vektøkning. Mat og det å legge på seg, er en svært skremmende tanke for mange med anoreksi. Samtidig vil det ofte vil medbringe en opplevelse av kontrolltap hos pasienten (Hummelvoll 2012:325). Pasientene opplever ofte at anoreksien gir dem en form for kontroll og mestringsfølelse. Mange beskriver det å ha kontroll over mat og kropp som en løsning på en hverdag som ellers er preget av usikkerhet (Skårderud 2000:22). I Skårderud sin studie fra 2007, fortalte for eksempel en av de intervjuede pasientene hvordan hun følte seg dårlig i sin jobb, dårlig i familierelasjoner og dårlig på å være en god venn, og at det å være tynn, var det eneste hun fikk til (Skårderud 2007).

I tillegg til mestringsfølelse, bringer anoreksien med seg andre faktorer som mange pasienter opplever som gevinster. I Skårderuds studie, forklarte anoreksipasienter at de opplevde at sykdommen gjorde at de følte seg spesielle, samtidig som den bidro til å kompensere for en lav selvfølelse. En av deltakerne fortalte at hun ofte fikk høre hvor tynn hun var som om det skulle vært et kompliment. At dette ga henne stolthetsfølelse og at bemerkninger som dette forsterket hennes tvil angående hvorvidt hun faktisk var syk eller ikke (Skårderud 2007).

En annen fortalte hvordan spiseforstyrrelsen var hennes kommunikasjonsverktøy. Måten kroppen hennes så ut, signaliserte til hele verden at hun ikke hadde det bra, og det var også det hun ønsket. Hun fortalte videre at hun nektet å la seg kontrollere av andre eller å gjøre det andre ba henne om. Selv om hun var klar over at hun var syk, var hun også stolt, fordi hun likevel følte at hun klarte å holde ved sitt og ikke gi etter for andre (ibid). Jeg vil nå drøfte tilsvarende problematikk videre, og gå mer i dybden på hva funnene sier om utfordringer knyttet til kontroll og et ubalansert pasient-pleier-forhold.

5.2 utfordringer knyttet til ubalanse og kontroll

Utfordringer knyttet til kontroll, er noe som viser seg i flere av funnene. Denne utfordringen blir presentert ut i fra tre vinklinger. Den ene omhandler det ubalanserte forhold mellom pleier og pasient. Den andre dreier seg om, ut i fra pasientens perspektiv, opplevelsen av å måtte gi fra seg kontrollen til andre. Den tredje går ut på, fra pleiers perspektiv, det å måtte tre inn i en kontroll-krevende rolle. Jeg skal nå gå nærmere inn på disse ved hjelp av eksempler fra funn og teori.

I Sly m.fl. sin studie fra 2014, fortalte $\frac{3}{4}$ av de intervjuede pasientene at de fra tidligere hadde hatt negative erfaringer med sykepleiere, i form av at de hadde følt at forholdet dem imellom var preget av for stor grad av ubalanse. Dette gjaldt både at pleierne opptrådte for dominerende, og at de opptrådte for passivt og tilbakeholdent (Sly m.fl. 2014). En av de intervjuede pasientene fortalte hvordan hun, via sine anoreksisymptomer, følte at hun klarte å ta fullstendig styring over hele behandlingsprogrammet ved at pleierne opptrådte for passivt og dermed ikke lyktes i å ta kontrollen (ibid). En annen fortalte om det motsatte tilfellet, hvordan hun opplevde å ikke få ta noen egne valg ved at sykepleieren hele tiden fortalte hva hun skulle gjøre, og at dette ledet til at hun – pasienten – dermed ikke gjorde annet enn å kjempe imot pleieren på tross av at hun egentlig opplevde det pleieren sa som meningsfullt (ibid).

Skårderud forteller også om denne balanseforholdet mellom pasient og pleier. Han skriver at en pleier som opptrer for tilbakeholdent, kan frembringe prestasjonsangst hos pasienten. (Skårderud 2000:102). Han skriver videre at det også vil være hensiktsmessig for pleier å unngå å opptre for autoritær; at man må unngå å kritisere og å moralisere pasienten unødig (ibid:117), men at man snarere bør tilstrebe et jevnbyrdig forhold ved at man hverken overvurderer negativ atferd hos pasienten, eller at man undervurderer pasientens selvbestemmelse og autonomi (ibid:103).

Fra pasientens perspektiv, kan det å måtte gi fra seg den kontrollen som de føler at de oppnår via anoreksien, oppleves som svært vanskelig. Skårderud forklarer selvkontrollens rolle i anoreksilidelsen ved at det å ta kontroll over mat og kilo, kompensere for opplevelse av lav selvfølelse og kontrollsvikt knyttet til andre områder i livet (Skårderud 2000:21). Kontroll over mat og kropp blir på et vis løsningen på andre problemer (ibid:22).

I sin forskningsartikkel fra 2007, intervjuet Skårderud en pasient som fortalte at hun nærmest følte seg uslåelig sammen med anoreksien, og at hun opplevde en triumferende følelse når hun ikke spiste. I sin bok knytter Skårderud kontroll over mat og kropp opp mot mestring. Han skriver at mange pasienter beskriver sin veg inn i spiseforstyrrelsen som et resultat av usikkerhet over identitet og framtid. En opplevelse av ikke å bli forstått. Ved følelse av manglende kontroll, i kombinasjon med lav selvfølelse, søkes dermed mestring annensteds, og i disse tilfeller da mot målbare resultater, som for eksempel i form av vekt (Skårderud 2000:21-22).

I sin litteraturstudie fra 2012, fant Westwood og Kendal at den mestringsfølelsen anoreksipasientene opplevde ved å ikke spise, ble sett på som en form for gevinst. Alt som kunne true pasientens kontroll over hva de spiste, kunne oppfattes som en trussel mot pasientens autonomi, hvilket igjen kan forklare en av årsakene til behandlingsresistensen (Rieger m.fl. 2001, Westwood og Kendal 2012). Når pasientene må gi fra seg sin opplevelse av selvkontroll til andre, betyr det samtidig at pasientene må gi fra seg alle de gevinstene de føler at de får via spiseforstyrrelsen. I en studie som flere av mine funn refererer til, forklarer også forskeren Ramjan at mange av sykepleiere opplevde at den terapeutiske pleier-pasient-relasjonen ble forhindret ved at anoreksipasientene anså pleierne for å være invaderende autoritærpersoner som forsøkte å ta deres kontroll vekk fra dem (Ramjan 2004).

Selv om ubalanse- og kontrollproblematikk ut i fra mine funn later til å være en vanlig utfordring ved etableringen av den terapeutiske relasjon, understrekes også viktigheten av at den terapeutiske relasjonen oppleves som god. Et godt terapeutisk forhold, ble av pasientene i Sly m.fl. sin studie beskrevet for være når ingen av partene dominerte den andre, men at de møtte hverandre med aksept og respekt (Sly m.fl. 2014) De intervjuede pasientene ga uttrykk for at det å føle at de selv ble inkludert aktivt i behandlingen, var svært viktig for dem. Dette innebar for eksempel at de fikk gi uttrykk for hva de ønsket å fokusere på, og at de fikk jobbe sammen med pleieren på en tiltaksplan basert på diskusjoner de hadde hatt sammen (ibid).

Hummelvoll sier også noe om dette, ved at han beskriver hvordan en utvikling og opprettholdelse av et godt terapeutisk samarbeid avhenger av en balansegang mellom pleierens kontrollutøvende rolle, og det at han eller hun på samme tid respekterer pasientens grenser og unngår å være invaderende (Hummelvoll 2012:321).

En tredje part som skriver om dette, er Westwood og Kendal. I deres studie beskrives hvordan pasientene med anoreksi lot til å motsette seg de av sykepleiernes tilnærminger som utfordret deres kontroll. Samtidig latet det til, ifølge Westwood og Kendal, at pasientene etter hvert så ut til å anerkjenne viktigheten av at personalet tok over kontrollen av deres behandling, men at det da var viktig at pleierne tilstrebet et balansert forhold – at man jobbet *med* pasientene i stedet for mot dem (Westwood og Kendal 2012).

Utfordringer knyttet til et ubalansert forhold, er noe som jeg tolker som sentralt i alle Travelbees faser. Travelbee var generelt kritisk til de tradisjonelle rolleoppfatningene knyttet til pasient- og pleierbegrepene. Hun engasjerte seg derimot for en likeverdig relasjon mellom pasient og pleier (Travelbee 1999:171). I første fase, som legger grunnlag for videre møter, spiller tidligere erfaringer en rolle for hvordan man møter hverandre (ibid:186). Tidligere presenterte jeg funn fra Sly m.fl. sin studie, der $\frac{3}{4}$ av pasientene hadde negative erfaringer fra tidligere samarbeid med sykepleiere (Sly m.fl. 2014). En av pasientene fra samme studie, fortalte hvordan hun opplevde første møte som grunnleggende for videre utvikling av den terapeutiske relasjon. Et dårlig førstemøte ble eksemplifisert ved at sykepleieren tok en overdreven autoritær rolle, i form av at pleieren kun var opptatt av å snakke om regler og hva pasienten ikke fikk lov til å gjøre (ibid). Ifølge Travelbee, avhenger de neste fasene av at første fase lykkes, og er helt nødvendig for at pleier og pasient skal kunne begynne å knytte bånd til hverandre (Travelbee 1999:188).

Selv om funn og teori understreker viktigheten av et jevnbyrdig, balansert forhold, er det også slik at sykepleieren ut ifra sin rolle i behandlingen vil inneha en form for kontrollfunksjon. I Warren m.fl. sin studie fra 2009, forklarte en av de intervjuede pleierne hvordan behandlingsutkommet for pasientene var helt avhengig av at pleieren var streng, direkte og satte grenser, mens en annen sa at dersom pleieren gir etter for motstand eller ikke presser pasientene til å prøve nye ting, er ikke pleieren til hjelp for pasientene. Sly m.fl. belyser dette fra en pasients perspektiv, der de intervjuet en pasient som fortalte at det å bli snakket til på en ærlig og direkte måte, noen ganger var akkurat det hun trengte, men da forutsatt at det ble gjort på en støttende måte (Sly m.fl. 2014).

Et annet eksempel på pleierens kontrollfunksjon, er i forbindelse med kontrollveiinger, hvilket er et sentralt aspekt i behandlingen av innlagte pasienter med anoreksi (Hummelvoll 2012:320). Også i forbindelse med matsituasjoner vil ansvarlig pleier ha en kontrollkrevende posisjon, i form av at man må passe på at pasienten spiser etter planen og at hun ikke kaster den opp. Denne rollen kan oppleves som ubehagelig både for pasienten og for pleieren

(ibid:325). Jeg har valgt å drøfte dette videre innunder neste punkt, som omhandler vanskelige følelser hos sykepleier.

5.3 Vanskelige følelser hos sykepleier

Funn og teori tilsier at det er flere vanskelige følelser som kan oppstå hos sykepleier i arbeid med anoreksipasienter, og som kan ha innvirkning på pleier-pasient-relasjonen. I Warren m.fl. (2009) sin studie, ble dette listet som en av de mest sentrale utfordringene i arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelser. Jeg skal nå gå nærmere inn på noen eksempler, og for å fortsette fra forrige punkt, vil jeg først presentere vanskelige følelser knyttet til det å skulle inntre i en rolle som krever en viss grad av kontroll.

Som Hummelvoll beskriver, kan det oppleves som utfordrende for sykepleier å skulle passe på at pasienten følger behandlingsopplegget i form av matinntak og kontroll av vekt (Hummelvoll 2012:325). I artikkelen til Ramjan som jeg har benyttet i teoridelen, blir det redegjort for hvordan sykepleiere opplevde utfordringer knyttet til det å bli ansett som autoritetspersoner i pasientenes øyne (Ramjan 2004). De fortalte at pasientene ga dem roller som «politi», «spion», «fiende» og liknende, og at dette gjorde det vanskelig for dem å utvikle en terapeutisk relasjon til pasientene, samtidig som det ledet til en sterk grad av frustrasjonsfølelse hos pleierne. Pleierne beskrev også at de ofte følte seg mislykket og forrådt når pasientene løy til dem eller forsøkte å skjule spiseforstyrret atferd (ibid).

Tilsvarende eksempler fant jeg i Snell m.fl. sin studie. Der fortalte noen av de intervjuede sykepleierne at de opplevde at det å måtte sørge for at behandlingsopplegget ble fulgt, ofte kan lede til en opplevelse av en konstant kamp. En utdypet dette ved å forklare hvordan hun fulgte en pasient gjennom to år, og at hun flere ganger i løpet av denne perioden ønsket å gi opp. På tross av at hun fortsatte å jobbe med pasienten, følte hun at hun ikke oppnådde noe for vedkommende (Snell m.fl. 2010). Flere av sykepleierne i studien, opplyste at de ofte kjente på tilsvarende frustrasjon knyttet til følelsen av at de ikke strakk til når det gjaldt å hjelpe pasienten til bedring (ibid).

En annen form for vanskelige følelser funnene referer til, er en negativ innstilling basert på fordommer hos sykepleier. Westwood og Kendal presenterte funn som tilsa at vanskeligheter med å etablere en terapeutisk relasjon, ofte kunne være resultat av en negativ innstilling hos pleieren. Eksempler som blir trukket fram, er at pleierne kunne ha en oppfatning av at pasientene ønsket å være syke, og at de var ute etter oppmerksomhet (Westwood og Kendal 2012).

Westwood og Kendal refererer også til Ramjans studie. Ramjan skrev utdypende om vanskelige følelser hos pleieren i form av problemer med å forstå kompleksiteten av anoreksi som lidelse (Ramjan 2004). Hun skrev i sin studie at flere av sykepleierne som jobbet med anoreksipasienter, mente at pasientene selv var skyld i sine plager og at dette vakte sinnefølelse i dem da de mente at det var mange andre «virkelige syke» unge, som i større grad fortjente omsorg og pleie (ibid). Flere av sykepleierne i denne studien oppga å være pessimistiske knyttet til tilfriskningsprosessen, og at de anså arbeidet med anoreksipasientene for å være bortkastet tid, samt at de følte seg mislykket når de ikke opplevde at de hadde kontroll over bedringsprosessen (ibid).

Dette er en utfordring jeg anser som særlig relevant i forhold til Travelbees tredje fase – empati. Travelbee skriver innunder denne fasen at en sykepleier alltid vil danne seg en oppfatning av sin pasient. At man av og til vil dømme sine pasienter ut ifra deres ytre atferd. Hun skriver videre at noen bearbeider pasientene for selv å være skyld i sin sykdom, og at det som skal til for å håndtere slike følelser, er at sykepleieren blir bevisst på sine egne tanker og følelser, og hvordan hun eller han forholder seg til sine pasienter (Travelbee 1999:198).

I Warren m.fl. sin studie, oppga 33% av de intervjuede pleierne at de opplevde bekymring knyttet til om pasientene deres dømte dem, eller at pasientene var sjalue på dem. En av sykepleierne trakk fram et eksempel, og fortalte at det hendte at hun opplevde å bli selvbevisst på sine kurvete former når hun satt sammen med pasienter med anoreksi. At hun følte at pasientene så på henne og dømte i det stille. En annen pleier fortalte at hun, på grunn av sin egen slanke kropp, av og til følte seg hyklersk i arbeidet med anoreksipasientene, og at hun da opplevde å stille seg tvilende til sin egen profesjonalitet (Warren m.fl. 2009).

I samme studie, oppga 40% av pleierne at de opplevde vanskelige følelser knyttet til anoreksiens uttrykk og prognose. Dette innebar høye tilbakefallsrater, risikoen for at pasienten kunnen dø, og at tilfriskningsprosessen framgang ofte var langsom (ibid). Pleierne opplevde også frustrasjon, bekymring og tristhet knyttet til pasientenes symptomer og motstand mot behandling (ibid).

I sammenheng med dette, synes jeg også det er relevant å trekke inn Travelbees fjerde fase – sympati og medfølelse. Travelbee skriver at et problem i denne fasen, kan oppstå dersom sykepleieren blir så involvert følelsesmessig i pasientens problemer, at hun eller han ikke klarer å hjelpe pasienten med sine behov, fordi man blir for opptatt av sine egne følelser (Travelbee 1999:204). Travelbee skriver at dette egentlig ikke dreier seg om medfølelse, men

heller en manglende evne til å komme seg videre i relasjonsprosessen fordi man i for stor grad har knyttet seg selv til den syke (ibid).

Warren m.fl. skrev at mange pleiere anså pasienter med spiseforstyrrelser som en vanskelig gruppe å jobbe med, og at det generelt sett var en pasientgruppe mange ikke ønsket seg (Warren m.fl. 2009). Ramjan beskrev også hvordan det å sette pasienter med anoreksi i en bås, kan legge hinder for den terapeutiske relasjon. Dette i form av at «anorektiker» var et begrep som pleierne forbundet med noe negativt (Ramjan 2004). Også Skårderud beskriver dette fenomenet, hvordan personer med spiseforstyrrelser ofte blir skyggelagt av sin lidelse, og at pasientens identitet blir mer og mer utvannet til å være «anorektiker» (Skårderud 2000:104).

For å møte slike utfordringer, anbefaler Skårderud å lage et trygt terapeutisk forhold ved å tilstrebe å se personen bak symptomene, og å gå fram på en måte som styrker selvhevdelse hos pasienten (ibid:95). Snell m.fl. skrev også i sin studie at de intervjuede sykepleierne brukte det å skille pasientenes identitet fra spiseforstyrrelsen, som en strategi for å overkomme problemer som oppsto i behandlingsprosessen (Snell m.fl. 2010).

Det å kunne se pasienten som unikt individ ved å skille han eller hun fra stereotypiske forhåndsforventninger, er også et viktig punkt i Travelbees andre fase, som dreier seg om fremvekst av identiteter og viktigheten av ikke å dømme pasientene ut i fra kategorier (Travelbee 1999:188). I Sly m.fl. sin studie, presiserte en av de intervjuede pasientene hvordan hun ønsket at pleierne ikke bare skulle se på henne som en ny pasient å gi regler til. For å gi pasientene opplevelse av å bli behandlet som individer, fant artikkelforfatterne i sin undersøkelse ut at pasientene ønsket å få snakke om sine tidligere erfaringer, så vel som forventningene de hadde videre for behandlingen (Sly m.fl. 2014).

For å håndtere utfordringer som dette, skriver Skårderud, i likhet med Travelbee, at man må reflektere omkring sine egne holdninger (Skårderud 2000:117). Skårderud understreker viktigheten av å forsøke å forstå pasientene, og skriver at jo mer vi forstår, desto mer kan vi hjelpe. At god hjelp dreier seg om å løfte personen bak symptomene (ibid:8). Han skriver også at det kan bli lettere for behandlere å forstå pasienten, dersom man ser på deres atferd som et uttrykk for forvirring, i stedet for å se på den som forvirrende i seg selv (ibid:28).

I Snell m.fl. (2010) sin studie, foreslo en av sykepleierne hvordan man som pleier kan forebygge vanskelige følelser ved ikke å ta det som skjer med pasienten for personlig. At man ikke må bære nag overfor pasientene om de for eksempel kommer med fiendtlige uttalelser, men at man alltid må la dem få starte på nytt med blanke ark (ibid).

5.4 utfordringer knyttet til skamfølelse hos pasienten

Ifølge Skårderud har skam en sentral plass når det gjelder spiseforstyrrelser. I en studie fra 2007, beskriver han skam både som et bidrag til utviklingen av anoreksi, og som en konsekvens av selve anoreksien (Skårderud 2007). Han presenterer resultater der skam blir beskrevet ut i fra ulike kategorier. For eksempel hvordan personer med anoreksi opplever *globalisert skam*, som knyttes til en generell følelse av uverdighet av å være den personen man er. En av pasientene Skårderud intervjuet, fortalte at hun følte skam ovenfor det å måtte begynne i behandling, og at hun ikke ville at noen skulle vite om det (ibid).

Skamfenomenet kan her sees i kombinasjon med ambivalensutfordringen som jeg drøftet tidligere. Ifølge Skårderud kan det at mange med spiseforstyrrelser benekter sin lidelse, være en følge av den stigmatisering og skam som ofte knyttes til det å ha en psykisk lidelse (Skårderud 2007). En av pasientene han intervjuet i sin studie, fortalte at hun fikk dårlig selvfølelse både av det å bli identifisert med en gruppe som defineres som psykisk syke, og av det å måtte være avhengig av andre i form av å måtte trenge behandling (ibid).

En annen pasient forklarte at det å innse at hun måtte spise mer, var noe hun opplevde som et forferdelig nederlag. Hun følte seg mislykket, hun følte at hun mistet identiteten sin og at hun ble til ingenting. Hun var også skamfull over måten hun hadde oppført seg mot de som ville hjelpe henne og hvordan spiseforstyrrelsen tidligere hadde fått henne til å føle at hun var unik sammenliknet med andre (Skårderud 2007).

I samme studie forklarte Skårderud hvordan skamfenomenet kan legge hindringer for den terapeutiske relasjonen. Han skrev at en av skammens mest sentrale uttrykk, er stillhet. Denne stillheten kan utfordre dialogen mellom pasienten og behandleren, noe som kan lede til at behandleren føler seg avvist (Skårderud 2007). For å håndtere dette, skriver Skårderud at det er viktig med forståelse. Blant annet innebærer denne forståelsen at man ser på stillheten som et resultat av skam hos pasienten, snarere enn å tolke den som en personlig avvisning (ibid).

I Sly m.fl. sin studie fra 2014, kom det fram i intervju med unge pasienter med anoreksi, at flere av dem opplevde å gi etter for spiseforstyrret atferd underveis i behandlingen. Pasientene gjorde dette i hemmelighet, og følte ikke at de kunne innrømme det ovenfor sine pleiere. Samtidig viste det seg at pasientene opplevde det som positivt for den terapeutiske relasjonen når pleieren tok initiativ til å diskutere disse «behandlingstabuene». Selv om de i begynnelsen syntes det var skremmende med sykepleiernes direkte spørsmål, ga det dem etter hvert en form for trygghetsfølelse, og åpenheten som oppsto, bidro til å styrke den terapeutiske relasjonen (Sly m.fl. 2014).

Atferd som kommer til uttrykk gjennom skam, slik som blir belyst ovenfor i form av taushet og pasientens løgner ovenfor pleierne, er noe jeg anser som en utfordring som kan gjøre seg særlig relevant i de tre siste av Travelbees faser. Altså fasene som inkluderer empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Empatifasen innebærer, ifølge Travelbee, at sykepleieren er i stand til å forstå betydningen av det pasienten tenker og føler i det aktuelle øyeblikket (Travelbee 1999:193). Den innebærer også at begge partene anerkjenner at noe meningsfullt blir formidlet og vedkjenner at de har kontakt med hverandre (ibid). Dette er noe som jeg tenker kan bli vanskelig å oppnå dersom pasienten ikke føler hun kan snakke med sykepleieren om sine problemer, eller at sykepleieren ikke klarer å forstå seg på pasientens atferd.

For at pasienten skal våge å åpne seg for sin pleier, vil det være grunn til å anta at en form for tillit må være til stede. Skårderud hevder at det å behandle spiseforstyrrelser, dreier seg om å danne et trygt forhold, der pasienten kan tørre å «våge seg ut» (Skårderud 2000:95). Tillit er noe Travelbee beskriver som et resultat av sympati og medfølelse, og som noe en må gjøre seg fortjent til (Travelbee 1999:210). For å tilegne seg en pasients tillit, skriver Travelbee at sykepleieren må vise gjennom handling at hun er til å stole på (ibid). Skårderud skriver at pleierens kunnskap og erfaring er noe som også kan virke trygghetsskapende for pasienten (Skårderud 2000:100). Det at pasienten opplever tillit til sykepleieren, er ifølge Travelbee en forutsetning for at det skal oppstå en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 1999:210).

Skårderud skriver i sin bok at pleierens oppgave er å støtte pasientene i deres forsøk på å finne måter å uttrykke seg på. Han skriver videre at denne oppgaven er avhengig av at behandler har en stor grad av empatisk forståelse, og at man har evne til å skille sine egne følelser fra pasientens (Skårderud 2000:325). Dette illustrerer nok et eksempel på empatiens rolle i utviklingen av den terapeutiske relasjon til denne pasientgruppen.

Det å klare å skille sine egne følelser fra pasientens var, som tidligere nevnt, også noe som Travelbee regnet som særlig viktig for å lykkes i sympatifasen. Dersom sykepleieren ikke klarte dette, befant hun seg i en situasjon som Travelbee definerte som *over-identifikasjon*. Over-identifikasjon kunne resultere i at sykepleieren legger for stor del av sine egne følelser over på sin pasient. I stedet for å kunne hjelpe pasientene med deres behov, kunne sykepleieren i for stor grad bli opptatt av å ivareta sine egne (Travelbee 1999:204).

For å møte utfordringer knyttet til skamfølelse hos pasienten, ga en av pasientene i Sly m.fl. sin studie et eksempel på en fremgangsmåte hun opplevde som effektiv. Dette eksempelet innebar at pleieren innledet møtene deres ved å stille spørsmål om hva slags atferd hun strebet med, om hva som trigget denne atferden, og liknende. På denne måten opplevde pasienten at det ble lettere å åpne seg og å diskutere disse problemene sammen (Sly m.fl. 2014). En aktiv og direkte tilnærming fra pleier ble, forutsatt av at den ble oppfattet som støttende og ikke for dominerende, oppgitt av pasientene som en effektiv måte å ta opp slike problemer på (ibid).

Også ifølge Skårderud, vil mange pasienter med anoreksi lyve overfor sine pleiere i forsøk på å tilpasse seg, eller i forsøk på å søke anerkjennelse (Skårderud 2000:109). I likhet med pasientene i Sly m.fl. sin studie, oppfordrer Skårderud til å spørre pasienten ut på en direkte måte, ved hjelp av en tilnærming preget av nysgjerrighet og undring (ibid:106). Skårderud skriver også at det å ta initiativ til å diskutere skambelagte temaer i behandlingen på en uanstrengt måte, kan bidra til å redusere det pasienten opplever som «ekkelig» ved sykdommen (ibid:102).

6. Oppsummering

Jeg har nå forsøkt å besvare min problemstilling ved å bruke funn fra forskning sammen med teori fra relevant faglitteratur.

Funnene tilsier at det er mange ulike, sammensatte utfordringer som kan oppstå underveis i en sykepleiers arbeid med å etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter med spiseforstyrrelser. Disse innebærer ambivalens og motstand mot behandling, ubalanse og kontrollproblematikk i relasjonen, vanskelige følelser hos sykepleier og utfordringer knyttet til skamfølelse hos pasienten.

På samme tid viser funnene at en trygg relasjon til sykepleier, kan være avgjørende både for pasientenes opplevelse av behandlingsprosessen, så vel som effekten at behandlingsopplegget. I oppgavebesvarelsen ble eksempler på tilnæringsmåter for å imøtekomme de aktuelle utfordringene drøftet ved hjelp av å presentere hva funn og teori sier om pasienters og pleieres erfaringer.

Kort oppsummert, innebar disse tilnæringsmåtene at sykepleieren aktivt tok initiativ til å diskutere det pasienten opplevde som vanskelig, men uten å være for autoritær. Videre at sykepleieren benyttet seg av en direkte, saksorientert tone, men samtidig som det ble gjort på en støttende måte. At sykepleieren hadde kunnskap om pasientens lidelse, og dermed ikke tok atferd knyttet til spiseforstyrrelsen som noe personlig, men i stedet at sykepleieren var bevisst på sine egne holdninger, slik at han eller hun likevel kunne utvikle et empatisk forhold til pasienten. Dette forutsatte kunnskap og sykepleiers evne til å del i og forstå pasientens tilstand, men samtidig evne til å skille sine egne følelser fra pasientens.

Forhåndskunnskap om typiske utfordringer som kan oppstå i arbeidet med en relasjonsprosess, kan formodentlig bidra til å gjøre en bedre forberedt på hva slags hindringer en kan møte underveis og hvordan man kan håndtere disse.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven, føler jeg blant annet at jeg har blitt mer bevisst på hvor mye en sykepleiers holdninger kan bety for utviklingen av et trygt sykepleier-pasientforhold. Jeg har også lært mer om utfordringer som jeg kan møte i arbeidet med å utvikle en terapeutisk relasjon, da særlig knyttet til den omtalte pasientgruppen, men som også kanskje kan være en god lærdom å bringe med seg i møte med andre pasientgrupper.

Litteraturliste

Aarre, T. F., Bugge, P. og Juklestad, S. I. (2009) *Psykatri for helsefag*. Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Davies, J. og Huws-Thomas, M. (2007). Care and management of adolescents with mental health problems and disorders. *Nursing Standard*. 21, 51, 49-56.

Elvins, R. og Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187.
doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002

Hummelvoll (2012). *Helt, ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Norsk Forlag.

McKlindon D. & Barnsteiner J. (1999). Therapeutic relationships: evolution of the children's hospital of Philadelphia model. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* 24, 237–243.

Nortvedt, M. W. m.fl. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe AS.

Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 495–503.

Reynolds, W. J. og Scott, B (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 6, 5.363-370.

Rieger E., Touyz S.W., Swain T., m.fl. (2001). Cross-cultural research in anorexia nervosa: assumptions regarding the role of body weight. *International Journal of Eating Disorders* 29, 205–215.

Skårderud, F. (2000). *Sterk. Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.

Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*. Mars 2007; 15(2): 81-97 (17p).

Sly m.fl. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22:233–243, 2014

doi: 10.1080/10640266.2013.867742

Snell, L., Crowe, M. og Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351–358.

doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

Snoek, J. E. og Engedal, K. (2004). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. Akribe.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget Oslo 1999. Oversatt til norsk av Thorbjørnsen, K. M.

Underdal, H. (2013). CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket. *Helsebiblioteket.no*.

Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket> [15.02.16].

Warren, C. S., Crowley, M. E., Olvardia, R. og Schoen, A. (2009). Treating Patients with Eating Disorders: An Examination of Treatment Provider's Experiences. *Eating Disorders*, 17:27–45, 2009

doi: 10.1080/10640260802570098.

Westwood, L.M. og Kendal, S. E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2012, 19, 500–508.

Williams, S. og Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology and Health Vol. 25, No. 5, June 2010*, 551–567.

Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing* (2010) 19, 154–161
doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x