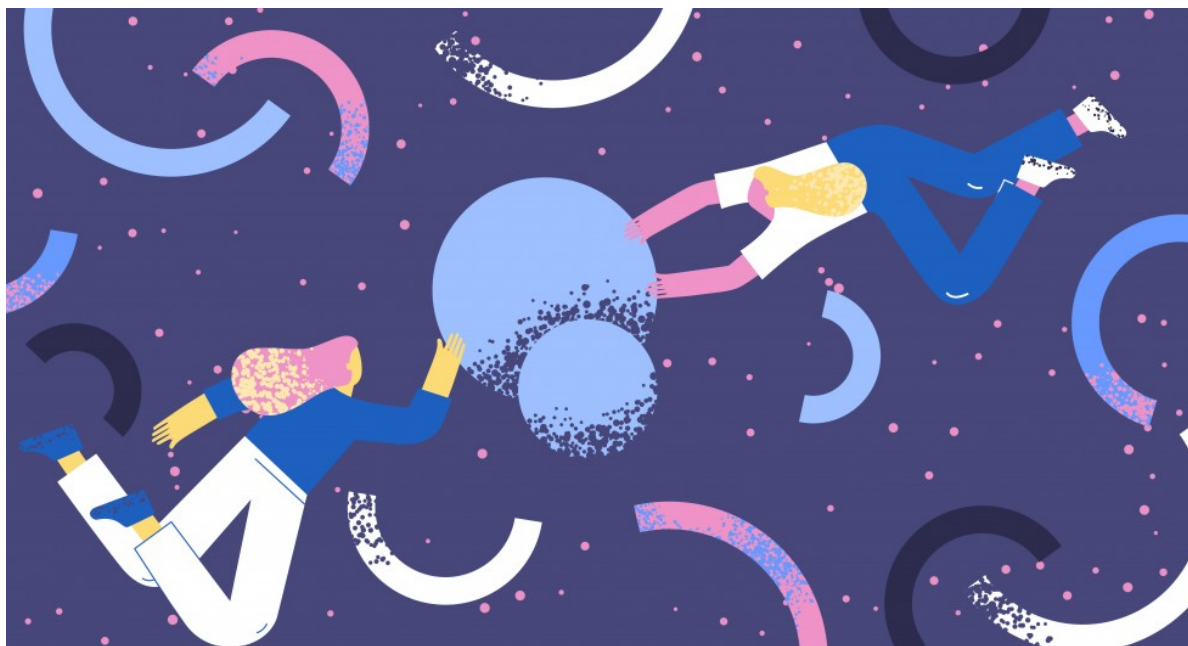


Spiseforstyrrelser og terapeutisk allianse



Illustrasjon: Shutterstock / NTB Scanpix

Behandler må kontinuerlig ha oppmerksomhet på alliansen gjennom behandlingen.

TEKST

Anders Flækøy Landmark
Ingvild Veseth Osnes
Joakim Thiesen

PUBLISERT 1. august 2024

EMNER

allianse

anorexi nervosa

bulimia nervosa

«rupture and repair»



F.v. Anders Landmark, Ingvild Veseth Osnes, Joakim Thiesen
(Foto: Private)

I behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser kan det være utfordrende å få til en endringsprosess som oppleves meningsfull og trygg for pasienten. I denne

sammenhengen vil vi løfte frem betydningen av terapeutisk allianse-modellen. Essayet er basert på vår kliniske erfaring fra Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus. Pasientene som henvises til oss har hatt et eller flere tidligere behandlingsforløp. Svært mange har komorbide tilstander, som angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse og personlighetsforstyrrelser.

Mange av våre pasienter har håp om endring samtidig som de frykter de mulige konsekvensene. De kan være redd endringer innebærer gjenopplevelse av traumer, at de mister seg selv, får en kropp det ikke går an å leve i, ikke blir likt, og blir enda mer ensom. Derfor er det sentralt å skape en trygg ramme for arbeidet. Pasienten må få tillit til at endringer kan føre til noe godt. Hva som oppleves som et samarbeid, og hva som bidrar til å skape og vedlikeholde trygghet og tillit, kan variere. Hjelpen som gis, må være justert og tilpasset den enkelte pasient. Samtidig må den være innenfor rammene av poliklinikken.

I dette fagessayet vil vi først presentere forskning på forholdet mellom terapeutisk allianse (heretter kalt «allianse») og spiseforstyrrelser. Vi vil også presentere forskning på hva som typisk bidrar til å fremme og hemme alliansen i behandlingen av spiseforstyrrelser. Videre vil vi fremheve hvilken betydning «rupture and repair»-modellen kan ha. Til slutt vil vi beskrive fordelene ved å ha det tverrfaglige teamet som behandlingsramme.

Allianse og spiseforstyrrelser

Allianse ble første gang beskrevet av Sigmund Freud (Muran & Barber, 2010). Innen den psykodynamiske tradisjonen vektlegges betydningen av å få til et samarbeid med pasienten, og hvor komplisert det kan være å befinne seg i en endringsprosess. Pasientene kan både ønske endring og noe nytt, og samtidig ha et sterkt behov for stabilitet, kontroll og forutsigbarhet. Det er derfor sentralt å lage et samarbeid der pasienten opplever seg trygg nok til å åpne for noe nytt og dermed tillate endring. Å jobbe med faktorene som bidrar til å skape og å opprettholde håp og frykt knyttet til endring, blir viktig.

I dag står alliansebegrepet sentralt i terapiforskningen. Bordins (1979) transdiagnostiske modell er mye brukt. I modellen består allianse av tre ulike elementer: enighet om fokus og mål for behandlingen, hvordan pasient og behandler skal komme frem til målet, og det affektive båndet mellom pasient og behandler. Sammenhengen mellom god allianse og terapiutfall har vist seg å være svært robust ved en rekke diagnosegrupper, inkludert spiseforstyrrelser (Graves et al., 2017; Sibeoni et al., 2020). Det å etablere allianse med pasienter med langvarige og kompliserte spiseforstyrrelser er vanskelig, men sentralt for å skape endring (Stiles-Shields et al., 2016; Zaitsoff et al., 2014). Når alliansen er dårlig, kan symptomene heller forverres (Vrabel et al., 2015).

I behandlingsforløp med pasienter med spiseforstyrrelser kan det oppstå utfordringer med alliansen, som uenigheter og misforståelser rundt mål og tiltak. Underveis i et forløp må alliansen kontinuerlig forhandles om. Hva som gir mening for den enkelte

pasient, er blant annet knyttet til opplevelse av håp og tillit. Hvor ønskede (egosyntone) eller uønskede (egodystone) symptomene er har og betydning. Dersom de oppleves som egosyntone, vil et symptomorientert endringsprosjekt sjelden gi mening for pasienten. For å få til et samarbeid er det viktig at behandler er kreativ. Behandler må kunne tenke nytt sammen med pasienten og å komme frem til mål og tiltak som gir mening. Videre må behandler balansere det å skape tillit og samtidig ta vare på arbeidet med symptomene.

Det å finne en farbar vei til endring innebærer gjerne en form for *pragmatisme*. Behandleren må blant annet bestrebe seg på en tilnærming som gir mening i konteksten pasienten befinner seg i. Det vil si å formulere en forståelse av pasientens vansker, og bruke en behandlingsform, som gir mening for pasienten og hens omgivelser. Å involvere pasienten og de pårørende på denne måten, er uttrykk for respekt for pasientens autonomi og rett til brukermedvirkning..

Hemmende og fremmende

Allianse er anerkjent som en viktig forutsetning for engasjement, tilfredshet og utfall i behandling. Men vi har mindre kjennskap til hvilke faktorer som bidrar til en sterk allianse spesifikt hos pasienter med spiseforstyrrelser. Overordnet kan det se ut som om allianse har betydning for ungdommer uavhengig av hvilken spiseforstyrrelsesdiagnose det er snakk om (Werz et al., 2022). For voksne er alliansen spesielt viktig i behandling av anorexia nervosa (AN) (Werz et al., 2022).

Sibeoni et al. (2020) undersøkte hvilke faktorer som kan fremme og hemme utvikling av god allianse hos ungdommer med AN. Funnene indikerer fire faktorer: 1. menneskelige egenskaper og relasjonelle ferdigheter hos behandler (fremstå troverdig og gi pasienten en opplevelse av å bli lyttet til og forstått), 2. aktiv involvering i egen behandling, 3. inkludering av familien (reduerte spenninger i ungdom–forelder-forholdet økte foreldrenes allianse i behandlingen), 4. mulighet for god nok tid i behandling. Videre fant studien fire hemmende faktorer: 1. opplevelse av at behandler var for påtrengende eller for distansert, 2. behandling hovedsakelig fokusert på vektoppgang, 3. begrenset mulighet for å påvirke behandlingen, 4. opplevelse av at behandlere ikke forsto spiseforstyrrelser, som ved å redusere lidelsen til en liste med symptomer.

Terapeutkarakteristikker kan også påvirke hvor fornøyde pasienter med spiseforstyrrelse er med behandlingen. I en studie av voksne med AN fant Gulliuksen. et al. (2012) fire slike karakteristikker: 1. godkjennelse (generøs, respektfull, tålmodig, uten fordommer, i stand til å fange opp pasientens følelser og meninger), 2. vitalitet (aktiv interesse, humor, fravær av passivitet), 3. ekspertise (kunnskap om spiseforstyrrelser) og 4. utfordrende (fokus på pasientens ressurser og styrker, vise støtte i vanskelige situasjoner uten at den oppleves for dullende). Oyer et al. (2015) fant at andre faktorer som fremmer alliansen er behandlerens evne til å individualisere terapien, at pasienten opplever behandlerens kontor som et varmt og trygt sted å være, og at behandleren er bevisst egne reaksjoner og villige til å søke veiledning. De fant også at *hemmende* faktorer er terapeutens manglende inntonning til pasientens følelser og

behov, og overopptatthet av de fysiske og somatiske aspektene ved spiseforstyrrelsen på bekostning av de underliggende temaene.

Pasientkarakteristikker kan også påvirke alliansen. Noen funn tyder på at alliansen er svakere med pasienter som har vært dårlige lenge (de la Rie et al., 2008). Det er mulig en historie med mange tidligere behandlingsforløp, som denne gruppen gjerne har, kan vanskeliggjøre en ny allianse. Hos pasienter med AN kan tro på bedring og positive forventninger til behandlingen gi bedre allianse og behandlingsutfall (de la Rie et al., 2008). Studier som har inkludert pasienter med bulimia nervosa (BN), har lignende funn (Constantino et al., 2005). Forskningen underbygger viktigheten av å engasjere pasienten tidlig og forsterke pasientens håp om og forventning om at behandlingen vil ha effekt.

Accurso et al. (2015) fant at alliansen var bedre for BN-pasienter med færre komorbide symptomer på depresjon, angst og følelsesdysregulering. Videre hadde pasienter med en sterkere allianse større reduksjon i bulimisk atferd, som igjen førte til bedre allianse. Andre har også funnet at symptombedring påvirker utvikling av alliansen, eller at sammenhengen er toveis (Brown et al., 2013). Det er mulig pasienter som opplever symptomendring, anser behandleren som mer troverdig og hjelpsom. Dette underbygger viktigheten av både å fokusere på pasient–behandler-forholdet og på tidlig symptomendring.

Pasientens indre opplevelser

Vår erfaring er at tillit og trygghet bidrar til å farge pasientens opplevelse av, og evne til, å være i en endringsprosess. Dette må vi som behandlere ta høyde for.

Mennesker har et grunnleggende behov for trygghet og kontakt, aksept og anerkjennelse, og opplevelse av fellesskap og tilhørighet. For mange har spiseforstyrrelsen blitt en strategi for å håndtere slike eksistensielle behov og utfordringer. Rigide rutiner og regler kan springe ut fra vansker med å være i relasjon. Symptomer som restriktiv spising, overspising og oppkast kan være uttrykk for manglende evne til å gripe hva en føler og tenker, og mistillit til at det å formidle seg gjennom ord vil kunne forstås av andre. Symptomene kan også være en måte å unngå eller dempe sitt eget følelsesliv på. Å kople seg av det kroppen representerer av behov, minner, begjær, selvforakt og traumer. Pasienter med spiseforstyrrelser har ofte et lavt selvbilde og mye skyld og skam. De kan ha en trang til å dekke til og kamuflere seg i frykt for å bli latterliggjort og forkastet. Både det å følge og *ikke* å følge kostplanen kan gi skyldfølelse og frykt for avvisning. Å gi slipp på rutiner og strategier skaper ofte sterk frykt for en psykologisk katastrofe. Slike opplevelser og forventninger fører med seg mye utrygghet og kan gi en overbevisning om at det er livsnødvendig å holde på spiseforstyrrelsen.

Tenkningen mange med spiseforstyrrelser har om seg selv, andre og fremtiden, kjennetegnes ofte av «psykisk ekvivalens» (Fonagy et al., 2002; Skårderud et al., 2020). Begrepet refererer til vår tilbøyelighet til å forholde oss til egne tanker og forestillinger som objektivt sanne. I psykisk ekvivalens er det vanskelig å skape rom for følelser og

refleksjon. Det er vanskelig å skifte fra en følelsesmessig tilstand til en annen, fra en aktivitet til en annen, og fra en tanke til en annen. Personen låser seg i sitt eget perspektiv, blir mindre fleksibel, mer bombastisk og kategorisk i sin forståelse. Det blir vanskeligere å tilpasse seg og løse problemer.

Ifølge alliansemodellen er pasientens erfaring av å være i et samarbeid og medvirke i egen endringsprosess en viktig forutsetning for nettopp endring. Slike erfaringer kan ha korrigerende kvaliteter. For eksempel kan pasienten få en ny intersubjektiv erfaring ved at noe genuint pasienten formidler om seg selv, blir forstått og tatt imot av behandler på en bekreftende, ikke-dømmende måte. Men det å *ikke* få medvirke i sin egen endringsprosess kan bekrefte en forventning om at andre ikke forstår og ikke tar hensyn. Det kan heller bidra til å opprettholde utrygghet og mistillit.

Vi som behandlere møter svært ulike pasienter. De lever i en spesifikk livskontekst og har sine historier og forutsetninger for å gå inn i en endringsprosess. Vi kan ikke utelukkende forholde oss til generelle lover eller manualer. Spørsmålet om hvordan vi som behandlere arbeider med trygghet og tillit for å bidra til endring, er komplisert. Men et sted å lete etter svar er å undersøke hva pasientene *selv* erfarer som hjelpsomt. Et annet sted å lete er i litteraturen på fellesfaktorene i psykoterapi, som vektlegger empatisk forståelse og håp. Behandler må ha evne til å tone seg inn og respondere på pasientens verbale og nonverbale signaler på en hensiktsmessig måte. En praktisk klokskap må til.

Arbeid med brudd og reparasjon

Samarbeid går aldri helt sømløst. Det vil oppstå misforståelser, uenigheter og andre typer brudd i alliansen. For å bevare trygghet og tillit er det viktig å vise pasienten at slike alliansebrudd ikke er det samme som en ødelagt relasjon. De kan repareres, og fellesskapet kan reetableres. «Rupture» (forstyrrelser) kan defineres som når samarbeidet om behandlingsmål, tiltak og båndet mellom pasient og behandler forstyrres eller bryter sammen. «Repair» (reparasjon) kan forstås som når forstyrrelsen blir reparert eller samarbeidet reetablert (Safran et al., 2011). Reparasjon er altså en relasjonell prosess der alliansen (på mikronivå) gjenoppstår, hvilket er avgjørende for et positivt utfall ved behandling (Eubanks et al., 2018). Vi kan se for oss at forstyrrelser bidrar til økt frykt i pasienten overfor endringsprosessen. Reparasjon vil på sin side styrke håpet.

«Underveis i et forløp må alliansen kontinuerlig forhandles om»

Ifølge Nof et al. (2019) kan forstyrrelser i alliansen komme til uttrykk på tre ulike måter hos pasienter: 1. Konfrontering. Pasienten uttrykker åpent sinne og kritikk mot behandler, for eksempel dersom pasienten føler seg tvunget til å veie seg. 2. Stillhet og tilbaketrekning. For eksempel kan en pasient som får et urovekkende svar på

bentetthetsmålingen, bli svært redd for fremtiden sin og være stille resten av timen. 3. Pseudorelatering. Pasienten later som om forstyrrelsen har skjedd. Et eksempel er en pasient som sier at det går bra å følge kostplanen, men ingenting om sin redsel og planen om å slutte med den. Pseudorelatering er ofte vanskelig å identifisere. Den kan gjenkjennes i behandlerens motoverføring som en kvalitativ endring i kontakt og stemning.

Med reparasjon kan alliansebrudd åpne for noe positivt i en behandling. Arbeidet med brudd og reparasjon kan gi pasienten nye relasjonelle erfaringer. Målet er altså ikke å *unngå* misforståelser eller brudd. Disse vil oppstå i enhver sosial samhandling, også i terapi. Men de må identifiseres og arbeides med. Reparasjonen forutsetter at behandler klarer å identifisere og anerkjenne pasientens virkelighetsforståelse og får til å skape og formidle mening ut av det som skjedde (Nof et al., 2019; Safran et al., 2011).

En vanlig utfordring i møte med pasienter med spiseforstyrrelse er uenighet om mål og tiltak. Som behandlere kan vi fort havne i en posisjon der vi forsøker å overtale pasienten til å bli enig i våre mål og tiltak. Dette fører ofte til at pasienten ikke opplever seg anerkjent og forstått. Alliansen forstyrres. Her ønsker vi å trekke inn Jessica Benjamin (2004). Hun hevder gode samspill kjennetegnes av en opplevelse av anerkjennelse av egen subjektivitet (Veseth & Moltu, 2008). I et slikt samspill får behandler til å romme og anerkjenne det pasienten opplever som viktig. Samtidig får pasienten til å forholde seg til behandlerens tanker om mål og hvordan komme seg dit. Vi som behandlere må systematisk arbeide med å oppnå slike samspill. Her kan anvisninger fra «rupture and repair»-modellen hjelpe oss.

Ifølge Benjamin (2004) er motsatsen et *enveis*-samspill. Den ene (behandler) gjør noe, og den andre (pasienten) blir gjort noe med. Situasjonen er komplementær fordi den gir plass til bare én virkelighetsoppfatning. Pasienten vil derfor ikke oppleve at to subjekter kan møtes i et felles tenkerom. Pasienten tvinges inn mot to valg: underkastelse eller protest. Slike samspill bidrar sjelden til endring.

«En fordel med det tverrfaglige teamet er at de ulike tiltakene kan påvirke hverandre på en god måte»

Et typisk eksempel på et enveis-samspill i behandling av spiseforstyrrelse kan være at behandler setter behandlingsmål til KMI på 20. For noen pasienter gir dette mening, men for de fleste vi møter gjør det ikke det. Problemet oppstår når pasienten ikke stoler på at det presenterte KMI-målet kan bidra til noe godt. Frykten kan være at hen vil få en kropp det ikke går an å leve med, eller bli en person andre vil forakte. Frykten kan komme til uttrykk som vegring og unnvikelse, men også sinne og frustrasjon i timene. Behandler kan oppfatte dette som irrasjonelt og forsøke å overbevise pasienten om å jobbe for behandlerens mål. I henhold til Benjamin er situasjonen komplementær fordi

den gir pasienten to muligheter: å akseptere behandlerens virkelighetsoppfatning eller å kjempe imot.

KMI eller vekttall som behandlingsmål oppleves altså sjelden motiverende for pasienten selv. Vekt vil likevel være et nødvendig fokus i behandlingen av pasienter med undervekt. For pasienten kan det gi mer mening å se normalisering av vekt som del av behandlingen og knyttet opp til det pasientene selv er opptatt av. Eksempler kan være fullføring av studier, færre somatiske komplikasjoner og bedre sosiale relasjoner. Utfordringen er å arbeide med reduksjon av undervekt på en måte som fremmer, og ikke hemmer, alliansen. På sitt beste kan ulike perspektiver (behandlers og pasientens) forenes som resultat av en felles utforskning av mål og tiltak.

Det tverrfaglige teamet som ramme

Alliansemodellen bidrar etter vår mening til å integrere ulike tiltak og kunnskapsområder. Vi vil fremme betydningen av en *pluralistisk* tilnærming til spiseforstyrrelser. Fagpersoner fra ulike yrkesgrupper har gjerne forskjellige tanker om mål og tiltak, og dette kan vi dra fordeler av. Et eksempel kan være en pasient som får oppfølging både hos klinisk ernæringsfysiolog (KEF) og lege, måltidsrettet terapi og kunstterapeutisk gruppe i kombinasjon med individualterapi. Hvert av disse tiltakene inngår i det overordnede arbeidet, som er pasientens endringsprosess. Pasienten får ulike rom der hen kan arbeide spesifikt med ulike utfordringer. Samtidig skal det være en helhetlig og sammenhengende tenkning rundt behandlingen. Helheten kan sikres gjennom felles møter med de ulike behandlerne og pasienten.

En fordel med en tverrfaglig tilnærming er at de ulike tiltakene kan spille sammen på en god måte. For eksempel, for en pasient ga endringsarbeidet hos KEF mest mening innledningsvis. Det bidro til å bygge trygghet til behandlingen som helhet. For en annen pasient ga psykoterapeutisk arbeid med traumer mer motivasjon til å fortsette med måltidsrettet behandling. En annen fordel er at behandlere med ulike fokus og tilnærminger får tilgang på ulik type informasjon om pasienten. Utveksling av informasjonen kan nyansere og berike bildet av hvilke faktorer som skaper og opprettholder pasientens vansker. Pasientens ressurser vil også komme tydeligere fram. Det tverrfaglige samarbeidet kan derfor føre til tenkning om nye tiltak.

Avslutning

Vi har beskrevet allianse som en ramme for endringsarbeid med en selektert gruppe pasienter med spiseforstyrrelser. Med utgangspunkt i Brodins (1979) alliansemodell har vi fremhevet viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelse når vi som behandlere drøfter mål og tiltak. Vi har beskrevet noen sentrale faktorer som bidrar til å fremme og hemme allianse i møte med pasienter med spiseforstyrrelser. Videre har vi løftet frem betydningen av en pragmatisk og tverrfaglig tilnærming til pasientens vansker.

I et terapiforløp bør vi kontinuerlig utforske alliansen og hvilke faktorer som kan bidra til å fremme og hemme alliansen hos den enkelte. Det er lett å havne i fastlåste samspill

der behandler tar rollen som den som vet best. Slike samspill kan bidra til en relasjon der pasienten med spiseforstyrrelsen føler at det ikke er rom for egen opplevelse. Da blir pasienten heller ikke trygg nok til å skape endring. Sett i lys av «rupture and repair»-modellen er det ikke mulig å unngå misforståelser og uenigheter. Som behandlere er utfordringen vår heller å identifisere brudd og bruke dem terapeutisk. Slik kan også det som oppleves som ubehagelig og vanskelig for pasienten, bli kilde til korrigerende emosjonelle erfaringer.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 8, 2024, side 502-507

TEKST

Anders Flækøy Landmark, Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser, OUS

KONTAKT: anders.landmark@gmail.com

Ingvild Veseth Osnes, Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser, OUS

Joakim Thiesen, Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser, OUS

+ Vis referanser

Accurso, E.C., Fitzsimmons-Craft, E.E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R.D., Smith, T.L., Klein, M.H., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Wonderlich, S.A. & Peterson, C.B. (2015). Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 637-642. <https://doi.org/10.1037/ccp0000021>

Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Brown, A., Mountford, V. & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 51(4-5), 216-220. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.008>

Constantino, M.J., Arnow, B.A., Blasey, C. & Agras, W.S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203>

de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 307-317. <https://doi.org/10.1002/eat.20494>

Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508-519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.

Graves et al. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>

- Gulliksen, K.S., Espeset, E.M., Nordbø, R.H., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. <https://doi.org/10.1002/eat.22033>
- Mital, R., Hay, P. & Conti, J.E. (2022). Associations between therapy experiences and perceived helpfulness of treatment for people with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(80). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00601-1>
- Muran, J.C. & Barber, J.P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. Guilford Press.
- Nof, A., Dolev T., Leibovich, L., Harel, J. & Zilcha-Mano, S. (2019). If you believe that breaking is possible, believe also that fixing is possible: a framework for ruptures and repairs in child psychotherapy. *Research in Psychotherapy*, 22(1), 364. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.364>
- Oyer, L., O'Halloran, M.S. & Christoe-Frazier, L. (2015). Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 24(2), 121-137. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1034050>
- Safran, J., Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2011). Repairing alliance ruptures. I J.C. Norcross (red.) *Psychotherapy Relationships that work: Evidence-based Responsiveness* (2. utg, 224-238). Oxford University Press.
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Poulmarc'h, L., Orri, M., Jean, E., Podlipski, M.A., Gérardin, P. & Révah-Lévy, A. (2020). Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 16-32. <https://doi.org/10.1177/1359104519882765>
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult: mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser* (1. utg.). Gyldendal.
- Stiles-Shields, C., Bamford, B.H., Touyz, S., Le grange, D., Hay, P. & Lucey, H. (2016). Predictors of therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4(13). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0102-6>
- Veseth, M. & Moltu, C. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8) 932-938. psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/fra-det-fastlaste-til-det-forlosende-om-skape-rom-endring-i-terapi
- Vrabel, K.R., Ulvenes, P. & Wampold, B. (2015). Alliance and symptom improvement in inpatient treatment for eating disorder patients: A study of within-patient processes. *International Journal of Eating Disorder*, 48, 1113-1121. <https://doi.org/10.1002/eat.22434>
- Werz, J., Voderholzer, U. & Tuschen-Caffier, B. (2022). Alliance matters: but how much? A systematic review on therapeutic alliance and outcome in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 27(4), 1279-1295. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01281-7>
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2014). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 23(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>