

Motivation og adfærdsændring i behandling af klienter med anorexia nervosa

Julie Munck¹ og Susanne Scherff²

Motivation for change is a serious challenge when treating clients with anorexia nervosa, and motivational methods are widely used for this group. In this article, we explore potentials and challenges of integrating motivational methods, based on cooperation and client autonomy, in traditional treatment programs focusing on behaviour change and health restoration. We examine motivational methods described in research literature and discuss the proposed ways of integrating these methods in treatment programs requiring weight gain and change of eating behaviour in an early phase of treatment. Based on this discussion, we present the following suggestions for further investigations: Working with change of eating behaviour may be an important part of motivational treatment and should be integrated throughout the process of working with motivation. Further, the autonomous choice of leaving the anorectic patterns may best be seen as evolving gradually through the treatment process, rather than as a fundament to be established from treatment start. And last, the concept of decisional balance might be replaced by a focus on the fundamental choice between remaining in the comfort zone of anorexia nervosa or leaving the comfort zone to follow essential life values.

1. Julie Munck, Cand.psych.aut., specialist i psykoterapi, Center for Socialpædagogik og Psykiatri, Københavns Kommune. Limfjordsvej 23, 2720 Vanløse, Danmark. Tlf.: 21 47 54 98, e-post: cg8b@sof.kk.dk
2. Susanne Scherff, Cand.psych.aut., specialist i psykoterapi og børnepsykologi, privatpraktiserende psykolog. Falkoner Alle 63, 3. sal, 2000 Frederiksberg, Danmark. Tlf.: 28 81 90 96, www.susannescherff.dk, e-post: susanne.scherff@me.com

Indledning

Motivation er et velkendt problemfelt i behandling af klienter med anoreksi. Mens det for mange andre psykiatriske problemstillinger, som for eksempel angst eller depression, gælder, at de opleves mere entydigt som lidelsesfulde af klienterne, indebærer anoreksi ofte for klienten værdsatte aspekter. Anoreksi kan bl.a. have en følelsesregulerende og identitetsskabende funktion for klienten, som det kan være lidelsesfuldt og angstprovokerende at give slip på. Klienter med anoreksi er derfor ofte ambivalente i forhold til forandring og svære at motivere til at indgå forpligtende i et behandlingsforløb. På denne baggrund er det ikke overraskende, at behandlingen præges af afbrudte behandlingsforløb og en lav helbredelsesrate (Blaabjerg & Nyland 2011; Waller 2012).

Gennem de sidste 10-15 år har man i stigende grad rettet fokus på klientens ambivalente følelser og tanker og udviklet metoder til motivationsbehandling. Gennemgående tanker i motivationsbehandling er at imødegå klientens ambivalens og styrke hendes forandringsparathed, med det formål at hun selvstændigt og frivilligt træffer beslutning om at indgå i behandling og arbejde mod at komme ud af spiseforstyrrelsen. Motivationsbehandlingen er typisk ikke knyttet til en bestemt teoretisk referenceramme og betragtes normalt ikke som en egentlig psykoterapeutisk intervention. Snarere fremstilles den som en række metodiske redskaber, der kan bruges indledende og eventuelt undervejs i et behandlingsforløb, ofte indlejret i en bestemt grundholdning til klienten, herunder respekt for klientens ret til selv at træffe beslutning om sin behandling.

I dag er motivation nærmest blevet et buzzword, og i spiseforstyrrelsesbehandling betragtes det ofte som en selvfølge, at motivationsarbejde er en del af behandlingens indledende fase. Det er dog langt fra indlysende, hvor meget tættere man er kommet på at løse problemet med ambivalens hos klienter med anoreksi. På trods af, at der har været en bred implementering af motivationelle teknikker inden for anoreksibehandling, opfatter de fleste klinikere det fortsat som en stor udfordring at motivere klienterne til at blive raske. Derudover er den empiriske evidens for effekten af motivationsbehandling blandet (Waller 2012; Geller et al. 2011). En ny metaundersøgelse af effekten af motivationsbehandling ved spiseforstyrrelser konkluderer følgende: "... det er vanskeligt at refærdiggøre brugen af AMI [adaptations of motivational interviewing] (eller nogen anden motivational tilgang) i behandlingen af spiseforstyrrelser uden overspisning" (Knowles et al. 2013 p. 105).

Der kan være mange grunde til, at effekten af motivationsbehandling fort-

sat er så uklar. Forskningsmæssigt er det et relativt nyt område; af empiriske undersøgelser foreligger der kun et begrænset antal som er af svingende kvalitet (Knowles et al. 2013). Der kan være potentiale for at anvende metoderne med større dygtighed og konsekvens. Man skal også have for øje, at anoreksi er en problematik, hvor ambivalensen synes at stikke dybere end i de fleste andre psykiske problemstillinger: Det er derfor ikke overraskende, at man støder på store udfordringer i motivationsarbejdet.

Et andet spørgsmål der rejser sig i forbindelse med motivationsbehandlingen er, i hvilken grad den harmonerer med den øvrige praksis inden for anoreksibehandling. Ser man på de offentlige behandlingstilbud for anoreksi i Danmark, lægges der gennemgående vægt på, at der tidligt i forløbet ses ændring i klienternes spiseadfærd samt vægtøgning. Det fremgår blandt andet af de nationale guidelines, som de offentlige behandlingstilbud i vid udstrækning baserer sig på. Sammenholder man nationale guidelines for behandling af spiseforstyrrelser i Skandinavien, England og USA, beskrives det gennemgående som et højt og tidligt prioriteret behandlingsmål, at klienterne skal ændre deres spisemønstre fra at være anorektisk/restriktivt til at være mere normalt og førende til vægtøgning. I samtlige guidelines beskrives ændring af spiseadfærd som det første behandlingsmål, efter forebyggelse af akutte og livstruende helbredsrisici, mens psykologiske problemstillinger anbefales behandlet i en senere fase af terapien (Sundhedsstyrelsen 2005, Statens Helsetilsyn 2000, Regionalt vårdprogram - Ätstörningar 2009, NICE 2004, APA 2006; 2012)¹.

Praksis for anoreksibehandling er således typisk kendetegnet ved, at der på forhånd er opstillet nogle klare målsætninger og heraf følgende krav til klienterne om adfærdsændring. Et væsentligt spørgsmål er, hvordan dette kan forenes med motivationsmæssige tiltag, hvor man netop lægger vægt på, at klienterne selvstændigt og af egen fri vilje tager stilling til, om – og i hvilken grad – de vil ændre sig. Det er denne problematik, der er fokus for artiklen.

Mere præcist ønsker vi at belyse følgende spørgsmål:

Hvilke muligheder er der for at integrere motivationsarbejde i en behandling, der lægger vægt på tidlig adfærdsændring?

I artiklen vil vi tage udgangspunkt i klienter med anorexia nervosa, som er en klientgruppe, hvor ambivalens og motivationsproblemer er meget udtalte. Vores betragtninger vil dog i vid udstrækning kunne generaliseres både til andre former for spiseforstyrrelser og til andre former for psykiske problemer, der er forbundet med ambivalens over for adfærdsforandring.

I artiklen vil vi konsekvent bruge ordet "klient" frem for "patient", selvom det sidst nævnte ofte er den betegnelse, der anvendes inden for psykiatrisk

behandling i hospitalsverdenen. Både klient og terapeut vil vi for nemheds skyld konsekvent omtale som "hun".

I forhold til vores brug af begrebet motivation skal det præciseres, at vi taler om *motivation for at blive rask* – ikke om motivation for at gå i behandling. Dette er en væsentlig skelnen ved anoreksibehandling, klienter kan udvise stor motivation for at deltage i terapisaftaler og arbejde med andre problemstillinger, uden at vise motivation for at ændre de spiseforstyrrede mønstre (Vansteenkiste et. al 2005).

Metode for litteratursøgning

Vores undersøgelse tager udgangspunkt i de metodiske elementer i motivationsbehandling, som de er beskrevet i nyere forskningslitteratur. Redegørelsen for metoder i motivationsbehandling er fremkommet på baggrund af følgende:

På PsychINFO har vi lavet en søgning på nøgleordene "anorexia nervosa" og "eating disorder(s)", samt en søgning på nøgleordene "motivation", "motivational" og "readiness to change". Disse to søgninger har vi kombineret, hvilket resulterede i 68 artikler. Ud fra titel og abstract, samt i visse tilfælde skimning af artiklen, har vi udvalgt de artikler, der indeholder en metodebeskrivelse af motivationsbehandling for anoreksi eller spiseforstyrrelser generelt. Vi har frasorteret artikler der specifikt er rettet mod bulimi eller BED. Desuden har vi frasorteret artikler, der ikke er på engelsk eller er publiceret før 1990. Ud fra de beskrevne kriterier er der således udvalgt 19 artikler. Disse omtales i det følgende som primærartiklerne.

Vi har gennemgået primærartiklerne og for hver artikel fremtrukket de metodiske elementer, der beskrives i forhold til motivationsbehandling af anoreksi. Vi har efterfølgende grupperet de beskrevne elementer i en samlet oversigt. Vi har her tilstræbt at medtage de væsentlige, grundlæggende ideer og principper i de motivationelle metoder, vel vidende at det ikke er muligt at indfange samtlige detaljer, der beskrives om den praktiske udførelse af behandlingen.

I den efterfølgende diskussionen inddrages anden litteratur om behandling af spiseforstyrrelser, herunder kvalitative studier af klienters sygdomsoplevelse, samt ideer fra bl.a. Self Determination Theory (SDT) og Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Metoder i motivationsbehandling

19 primære artikler blev inkluderet, rummende en blanding af teoretiske artikler, empiriske studier og enkelte metaanalyser. Fælles for dem er, at de alle indeholder beskrivelse af motivationelle metoder anvendt på klienter med anoreksi.

I artiklerne er der stor lighed mht. hvilke motivationelle metoder, der fremtrækkes, og hvilke metodiske kilder, der refereres til. Samtlige artikler refererer til principperne fra Miller & Rollnick's Motivational Interviewing (MI), og størstedelen af de nedenfor nævnte principper kan i større eller mindre grad føres tilbage til MI². Nogle af artiklerne refererer til Prochaska og DiClementes Transtheoretical Model of Change (TMC) (Allen et al. 2012; Dean et al. 2007; Dean et al. 2008; Macdonald et al. 2012; Treasure & Schmidt 2001; Geller & Dunn 2011)³.

Derudover findes i en del artikler referencer til kognitive og adfærdsterapeutiske metoder (Geller & Dunn 2011; Dean et al. 2008; George et al. 2004; Treasure & Schmidt 2001; Sorrentinon et al. 2005; Price-Evans & Treasure 2011; Vitousek et al. 1998; Waller 2012)⁴.

De motivationelle metoder, der omtales i primærartiklerne, har vi grupperet i følgende 8 overordnede metodiske principper:

- *Tilpasse interventionen til klientens forandringsstadie*
- *Være samarbejdende og understøtte klientens autonome valg*
- *Udforskning af diskrepans mellem anoreksien og klientens øvrige mål og værdier*
- *Styrke klientens mestringsfølelse*
- *Give psykoedukation i anoreksiens mekanismer*
- *Udforskning og ændring af kognitive mønstre*
- *Udforskning og belønning af adfærdsmønstre*
- *Terapeutisk stil*

De første fire principper bygger direkte på teori om motivationsarbejde, heraf det første på TMC og de følgende tre på MI. Disse principper, og særligt de tre første, omtales mest udførligt i artiklerne. De øvrige fire principper bygger i højere grad på alment terapeutiske metoder, primært fra den kognitivt-adfærdsterapeutiske tradition, som man ser muligheder for at anvende i motivationsøjemed. Princip nummer fire kan betragtes som et grænsetilfælde mellem de almenterapeutiske og specifikt motivationsudviklende metoder, idet det omtales udførligt af Miller & Rollnick (2002), men samtidig er i tråd med gængse kognitiv adfærdsterapeutiske principper (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Tilpasse interventionen til klientens forandringsstadie

Dette princip er hentet fra Prochaska og DiClementes (1992) ide om, at forandring er en gradvis proces, hvor klienten bevæger sig gennem en række stadier med stigende grad af erkendelse af problemet og parathed til at forandre sig. Der opereres normalt med 5 stadier: før-overvejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse. I forhold til motivationsbehandling er pointen, at terapeuten bør vurdere, hvilket forandringsstadium klienten befinder sig på og tilpasse interventionen til dette, i modsætning til blot at tilpasse interventionerne de spiseforstyrrede symptomerne og deres sværhedsgrad (Treasure & Schmidt 2001; Geller & Dunn 2011). Befinder en klient sig f.eks. på før-overvejesstadiet, giver det ikke mening at præsentere hende for en kostplan.

TMC-tilgangen bidrager i højere grad ved at begrunde, hvorfor motivationsarbejde bør have plads i den indledende del af terapien, snarere end ved at levere konkrete teknikker. På baggrund af TMC-perspektivet anbefales mere konkret, at terapeuten skal undgå at være for rigid handlingsorienteret i den indledende del af terapien, og at der i starten især bruges kognitive metoder, med udforskning af klientens ambivalens, mens adfærdsmæssige aktiviteter som måltidplanlægning først introduceres, når klienten befinder sig på handlingsstadiet (Geller & Dunn 2011). I flere artikler foreslås endvidere at psykoedukere på baggrund af TMC-modellen, med henblik på at bibringe klienterne forståelse for forandringsprocessen samt normalisere ambivalensen (Allen et al. 2012; Dean et al. 2007; Dean et al. 2008; Macdonald et al. 2012).

Være samarbejdende og understøtte klientens autonome valg

I samtlige artikler finder man ideen om, at klienten skal støttes i selv at træffe beslutning om, hvorvidt og på hvilken måde hun ønsker forandring. Terapeuten skal ikke indtage rollen som en ekspert, der ved hvad der er bedst for klienten, men skal vise respekt for klientens egne ønsker og overbevisninger og tilrettelægge behandlingen med en samarbejdende holdning. Ofte ledsages princippet af en uddybning af, at terapeuten skal være bevidst og tydelig omkring, at beslutningen om at ændre sig og ansvaret herfor ligger hos klienten selv, ikke hos terapeuten (Dean et al. 2008; Geller & Dunn 2011; George et al. 2004; Treasure & Ward 1997; Treasure & Schmidt 2001).

Af konkrete anvisninger foreslås bl.a., at terapeuten skal tage udgangspunkt i klientens bekymringer samt hvad hun ønsker ændret (Dean et al. 2007; Geller & Dunn 2011; Treasure & Ward 1997), lade mål og strategier være til forhandling, fremfor at have rigid agenda om adfærdændring (Geller & Dunn 2011; George et al. 2004; Treasure & Ward 1997; Treasure & Schmidt 2008)

samt undgå pres, argumentation, forelæsning og bebrejdelser og i stedet lade klienten selv argumentere for ændring (George et al. 2004; Geller & Dunn 2011; Treasure & Ward 1997; Treasure & Schmidt 2001; Wade et al. 2009; Dean et al. 2007; Vitousek et al. 1998)

Selv om den samarbejdende og autonomi-baserede tilgang fremhæves gennemgående, anføres i flere artikler, at den ved klienter med anoreksi bør modereres, så terapeuten er mere direktiv; at empati og accept bør indgå i balance med faste grænser og pres for at ændre sig (Dean et al. 2007; Dean et al. 2008; Vitousek et al. 1998; Waller 2012).

Udforskning af diskrepans mellem anoreksien og klientens øvrige mål og værdier

En mere konkret metode, der er taget direkte fra MI, er udforskning af de fordele og ulemper, der er henholdsvis ved at forblive med anoreksien eller at blive rask, med henblik på at klarlægge, hvordan anoreksien står i modsætning til hvad klienten ellers ønsker for sit liv. Denne metode findes omtalt i stort set samtlige artikler, i lidt forskellige varianter. I mange artikler udspecificeres, at udforskningen bør fokusere både på nutiden og på klientens situation på længere sigt (Dean et al. 2007; Dean et al. 2008; Feld et al. 2001; Geller et al. 2011; George et al. 2004, Bewell-Weiss 2010; Vitousek et al. 1998). Nogle steder uddybes, hvordan fordele og ulemper kan sammenholdes i en "decisional balance", eller hvordan terapeuten kan igangsætte en diskussion af foreneligheden mellem aktuelle adfærdsmønstre og klientens højere værdier (Vitousek et al. 1998).

Undersøgelsen af fordele og ulemper beskrives i nogle af artiklerne som en klientstyret proces, hvor udfaldet af undersøgelsen står åbent, mens den hos andre beskrives som mere direktiv; med det formål at skubbe decisional balance i retning af at opgive anoreksien (Dean et al. 2007; Dean et al. 2008; Macdonald et al. 2012). Denne direktive linje optræder også i flere artikler som en anbefaling af, at terapeuten skal fremkalde og forstærke "change talk" hos klienten, dvs. uddybe og forstærke klientudsagn, der udtrykker ønske eller intention om at ændre sig (Price-Evans & Treasure 2011; Treasure & Ward 1997; Dean et al. 2007)

Styrke klientens mestringsfølelse

Et andet metodisk princip, der også er hentet direkte fra MI, er styrkelse af klientens mestringsfølelse, dvs. hendes oplevelse af at være kompetent og i stand til at skabe den forandring, hun beslutter sig til. Tanken er her, at klienten typisk føler sig mere motiveret for ændringer, der opleves inden for ræk-

kevidde, mens hun vil nedskrive betydningen af ændringer, hun ikke tror sig i stand til at gennemføre (Miller og Rollnick 2002).

En del af de specifikke anbefalinger på dette område handler om generelt at øge klientens bevidsthed om sine styrker og mestringserfaringer (Geller et al. 2011; Price-Evans & Treasure 2011; Macdonald et al. 2012; Treasure & Ward 1997; Treasure & Schmidt 2001). Andre anbefalinger handler om, at terapeuten i forhold til det konkrete behandlingsforløb skal støtte klienten i at forudse udfordringer og forhindringer (Allen et al. 2012; Treasure & Schmidt 2001), udvikle færdigheder til at overkomme disse (Geller & Dunn 2011; Treasure & Schmidt 2001; Waller 2012) samt lægge en realistisk plan med overskuelige delmål og passende tidshorisont (Geller et al. 2011; Treasure & Schmidt 2001; MacDonald et al. 2012; Wade et al. 2009).

Give psykoedukation i anoreksiens mekanismer

Psykoedukation, dvs. formidling af information om sygdom og behandling, er bredt anvendt, ikke mindst inden for hospitalssektoren og i kognitive behandlingsprogrammer. Det fremhæves i flere artikler som et led i motivationsarbejdet, med det formål at klæde klienten på til at kunne vurdere sin situation, forstå alvoren af spiseforstyrrelsen og træffe beslutning om behandling på informeret grundlag. Psykoedukationen omhandler typisk anoreksien og dens følger, herunder helbredsmæssige risici og prognose (Price-Evans & Treasure 2011; Vitousek et al. 1998), ligesom den kan fokusere på behandlingsforløbet, rationalet for dette samt forventelige udfordringer ved at gennemføre behandlingen (Geller & Dunn 2011; Dean et al. 2008; Vitousek et al. 1998; Waller 2012).

Udforskning og ændring af kognitive mønstre

I en mindre del af artiklerne omtales klassiske kognitive teknikker som brugbare i motivationsarbejdet. Det fremhæves, at man bør udfordre og bearbejde kognitioner, der tillader spiseforstyrrelsen eller på anden måde står i vejen for behandlingen (Waller 2012; George et al. 2004; Treasure & Schmidt 2001). Kognitiv terapi fremhæves af flere forfattere som en behandlingstilgang, der kan supplere motivationsbehandling, og som er velegnet lidt henne i forløbet, når klienten har truffet beslutning om ændring (Price-Evans & Treasure 2011; Geller & Dunn 2011), samt at man bør arbejde med vanskelige følelser, som udfordringerne med spisningen giver anledning til, f.eks. angst eller vrede mod terapeuten (Sorrentino et al 2005; Waller 2012)

Udforskning og belønning af adfærdsmønstre

Mens motivationsbehandling hos mange beskrives som en overvejende verbal bearbejdning, lægges der i nogle artikler større vægt på den rolle, adfærdsmønstre og konkrete erfaringer har for udvikling af motivation. Hos Vitousek et al. (1998) fremhæves klientens direkte, personlige erfaring som et stærkere middel til at afklare ambivalens og motivere for ændring end abstrakt diskussion. Terapeuten bør opfordre klienten til at gøre brug af erfaringsdata, når hun skal vurdere sine valgmuligheder. Konkret foreslås bl.a., at hvis klienten er forbeholden over for indlæggelse, kan det være hensigtsmæssigt at afprøve ambulant behandling først, så klienten selv kan gøre sig sine erfaringer med, hvordan det virker.

I nogle få artikler findes den egentligt adfærdspsykologiske tanke, at motivationen bør understøttes ved at man undlader at belønne anorektisk adfærd, mens behandlingsfremmende adfærd belønnes, f.eks. ved at give den opmærksomhed, anerkendelse og bekræftelse (Macdonald et al. 2012; Price-Evans & Treasure 2011; Treasure et al. 2003; Treasure & Schmidt 2001).

Waller (2012) omtaler indgående den problemstilling, at et behandlingsforløb let kan være belønnende for klienten, selv om det ikke skaber ændring, bl.a. fordi behandlingen kan give klienten opmærksomhed og omsorg fra terapeuten, berolige pårørende og tilvejebringe en følelse af at "gøre noget" for at komme videre. For at undgå belønning af "non-change" adfærd bør terapeuten derfor sørge for, at både hun selv og klienten holder fokus på adfærdsmæssige fremskridt, samt sikre, at klienten ikke har tilgang til positive konsekvenser, hvis der ikke sker adfærdsmæssige fremskridt⁵. Det betyder også, at hvis klienten ikke flytter sig, trods bedst mulige behandlingsindsats, skal terapeuten være klar til at konfrontere klienten med konsekvenserne af valget af at forblive syg og afskæres klienten fra belønningen af at være i et behandlingsforløb, der ikke fører til adfærdsmæssig ændring.

Terapeutisk stil

I de fleste artikler findes anvisninger på, hvilken *fremtræden* eller *stil* terapeuten skal udvise i samspillet med klienten for at fremme motivation. F.eks. anbefales, at terapeuten er rolig og omsorgsfuld (Wade et al. 2009, Allen et al. 2012), at hun udtrykker empati og nysgerrighed (Dean et al. 2007; Allen et al. 2012; George et al. 2004; Treasure & Schmidt 2001; Vitousek et al. 1998) samt at hun er anerkendende og validerende i forhold til klientens vanskelige situation (Geller & Dunn 2011; Vitousek et al. 1998, Bewell-Weiss 2010). Nogle af disse anbefalinger er inspireret af Carl Rogers klientcentreret terapi (Rogers,

1959), nogle af den kognitive metode, men i øvrigt er de kendetegnet ved at være forenelige med de fleste terapeutiske retninger.

Metodernes forenelighed med tidlig adfærdsændring

Der er stor forskel på, hvor let de beskrevne metoder lader sig forene med en behandling, hvor der stilles krav om vægtøgning og tidlig ændring af spiseadfærd. For de sidstnævnte fire principper, der som anført bygger på almene, terapeutiske metoder frem for motivationsteori, gælder, at de relativt let kan kombineres med adfærdsfokuseret behandling. *Psykoedukation* kan være et naturligt element i et behandlingstilbud med krav om adfærdsændring og har ofte netop til formål at informere om, hvorfor det er vigtigt at ændre spiseadfærd tidligt i forløbet. I en behandling med fokus på adfærdsændring, er det ligeledes oplagt at understøtte motivationen ved at *belønne relevante adfærdsmønstre*, ligesom man fint kan benytte princippet om at *udforske og ændre kognitive mønstre*, der står i vejen for behandlingen. Anbefalingerne om *terapeutens stil* vil som anført kunne kombineres med de fleste andre terapeutiske strategier, herunder med krav om adfærdsændring.

Princippet om *at styrke klientens mestringsfølelse* kan også uproblematisk kombineres med at stille adfærdskrav. Adfærdsorienteret behandling hænger naturligt sammen med, at man viser klienten vejen ved hjælp af vejledning, færdighedstræning og konkrete redskaber og på den måde gør den ønskede adfærd mere tilgængelig.

Det vanskelligste at kombinere med krav om tidlig adfærdsændring er de principper som er udviklet direkte med henblik på motivationsarbejde. Princippet om at *understøtte klientens autonome valg* er umiddelbart vanskeligt at forene med en tilgang, hvor terapeuten på forhånd har en dagsorden for, hvilke adfærdsmønstre klienten har brug for at ændre, samt hvornår dette skal finde sted. Princippet om at *tilpasse interventionen til klientens forandringsstadi*e indebærer, at man skal vente med at introducere handlingsorienteret behandling, indtil klienten er i den såkaldte handlingsfase. Dette princip lader sig vanskeligt kombinere med, at man påbegynder handlingsorienteret behandling på et tidligt tidspunkt, hvor de fleste klienter fortsat er stærkt ambivalente i forhold til ændring.

Princippet om at *udforske diskrepans mellem anoreksien og klientens øvrige mål og værdier* kan praktiseres i en mere eller mindre direktiv stil. I vid udstrækning beskrives det som en klientstyret proces, hvor man giver klienten tid og plads til at udforske og lader konklusionerne stå åbne. I denne form harmone-

rer det dårligt med at introducere krav om adfærdsændring fra starten. Som beskrevet lægges der nogle steder mere op til, at udforskningen tilrettelægges strategisk, med det givne formål at styrke klientens forståelse for, hvor vigtig adfærdsændring er. I denne form hænger det selvsagt bedre sammen med, at man tidligt introducerer adfærdsmæssige krav.

Vanskelighederne med at kombinere motivationsarbejde med adfærdsorienteret behandling finder man således især i de principper, der er udviklet specifikt med henblik på at udvikle motivation. Netop disse principper omtales som centrale hos Miller & Rollnick (2002) og i langt de fleste af primært artiklerne.

I artiklerne er det begrænset, hvor eksplicit forfatterne forholder sig til modsætningen mellem på den ene side at give plads til klientens autonomi og medbestemmelse, og på den anden side fastholde, at ændring af spiseadfærd er et nødvendigt udgangspunkt for behandlingen. I en del af artiklerne (Macdonald et al. 2012; Waller 2012; Geller & Dunn 2011; Sorrentino et al. 2004) omtales arbejdet med spiseadfærd dog som noget, der skal have plads, set i sammenhæng med motivationsbehandlingen, og nogle af artiklerne (Treasure & Schmidt 2001; Price-Evans & Treasure 2001) omtaler specifikt, hvordan de almene principper i motivationsbehandling bør modereres, når man arbejder med klienter med anoreksi. Man kan i store træk gruppere håndteringen af modsætningen mellem autonomistøtte og krav om tidlig adfærdsændring i nedenstående to behandlingsorienterede tilgange:

Anlægge en mere direktiv linje i behandlingen

I nogle artikler (Treasure & Schmidt 2001; Vitousek et al. 1998; Price-Evans & Treasure 2011; Treasure & Schmidt 2008; Waller 2012) anføres, at terapeuten gerne må indtage en ekspertrolle, samt at terapeuten som professionel har privilegeret viden om anoreksi og sygdomsforløb, en viden som bør formidles til klienten med anbefalinger af, hvad der skal til for at blive rask. Der refereres til non-negotiables, som terapeuten kan administrere med henvisning til, at både terapeut og klient er bundet af overordnede regler om varetagelse af klientens sundhed og sikkerhed (Price-Evans & Treasure 2011; Treasure & Schmidt 2001; 2008). Motivationsarbejdet beskrives nogle steder som en proces med en på forhånd fastlagt dagsorden, f.eks. at få klienten engageret i et hospitalsprogram (Dean et al. 2007).

Med denne drejning bliver motivationsbehandling selvsagt lettere forenelig med at prioritere ændring af spiseadfærd fra starten af behandlingen. De beskrevne anbefalinger ledsages ikke overraskende ofte af et tydeligt fokus på

ændring af spiseadfærd og en opfattelse af vægtøgning som primært mål og indikator for succes (Treasure & Schmidt 2008; Waller 2012).

Samtidig indebærer det, at man må gå på kompromis med nogle af grundelementerne i motivationsbehandling. Typisk lægges fortsat vægt på, at behandlingen skal foregå i "MI spirit", dvs. med en samarbejdende, empatisk og respektfuld holdning over for klienten. Betydningen af at understøtte klientens autonomi og sørge for, at hun selv træffer sin beslutning om behandling, nedtones derimod, og nogle steder henvises til, at mange klienter med anoreksi på grund af ung alder og lav vægt mangler evnen til autonome beslutninger og derfor har brug for mere struktur og anvisning (Treasure & Schmidt 2001; 2008).

Prioritere klientens autonomi frem for krav om adfærdsændring

I nogle artikler (Geller & Dunn 2001; Treasure & Schmidt 2001; Treasure & Ward 1997) lægges mere entydigt op til, at man indledningsvist prioriterer en klientstyret afklaring af ambivalensen, hvor udfaldet står åbent og lades afhænge af klientens autonome valg. Der er her en mere radikal prioritering af motivationsafklaring på autonomt grundlag, frem for at stille krav om adfærdsændring fra starten. Typisk omtaler disse artikler ikke eksplicit modsætningen mellem autonomistøtte og krav om adfærdsændring. De artikler, der læner sig op ad Prochaska og DiClemente's Transtheoretical Model of Change (TMC), er dog mere eksplicite omkring, at det ikke er hensigtsmæssigt at fokusere på adfærdsændring i den indledende fase, hvor klienten typisk er på førovervejelses- eller overvejelsesstadiet (Geller & Dunn 2011; Treasure & Ward 1997; George et al. 2004).

I nogle artikler præsenteres motivationsbehandlingen helt konkret som en afgrænset fase, typisk 4-5 sessioner, som indledning til et traditionelt behandlingstilbud (Feld et al. 2001; Wade et al. 2009; Allen et al. 2012; Geller et al. 2011). Denne faseopdeling kan anskues som et løsningsforslag på den beskrevne modsætning, idet man så ikke på én gang skal fremme en autonom beslutningsproces og stille krav om adfærdsændring. I nogle artikler lægges op til, at man i det hele taget kan vælge at fokusere på andre områder end spiseadfærd til en start, f.eks. at arbejde med tidlige maladaptive skemata, hvis disse udgør en barriere mod ændring (George et al. 2004; Treasure & Schmidt 2001).

Diskussion

I primærartiklerne finder vi ingen klare bud på, hvordan man prioriterer både tidlig ændring af spiseadfærd og en klientstyret afklaring af ambivalens. De løsninger, der foreslås, beror enten på, at man går på kompromis med den autonomistøttende tilgang, eller at man udsætter kravet om adfærdsændring til en senere fase i behandlingen. De to løsningsveje giver anledning til meget forskellige måder at praktisere motivationsbehandling på. Der er stor forskel på, om motivationsbehandlingen primært indebærer en introduktion af "MI-spirit" i forbindelse med adfærdsorienteret behandling; eller om det indebærer en grundig klientstyret motivationsafklaring, forud for introduktion af adfærdskrav.

De hidtidige effektstudier er kendetegnede ved at undersøge motivationsbehandling som en samlet pakke, frem for at se på mere specifikke motivationelle metoder. I artiklerne diskuteres heller ikke om nogle elementer i motivationsbehandlingen virker bedre end andre i forhold til netop behandling af klienter med anoreksi. Et væsentligt spørgsmål er, om nogle af de motivationelle metoder med fordel kan modereres eller udelades, med det formål at skabe bedre mulighed for at forene motivationsarbejdet med en behandling, der har fokus på at ændre spiseadfærden.

Vi vil i det følgende se nærmere på de tre centrale motivationelle principper, der umiddelbart fremtræder vanskeligst at forene med adfærdsorienteret behandling: nemlig tilpasning af interventionen til klientens forandringsstadium, den samarbejdende, autonomistøttende tilgang samt udforskningen af diskrepans. Formålet er at fremkomme med nogle bud på behandlingstiltag, der kunne være relevante for videre udforskning, hvis man ønsker at udvikle mere effektive metoder til at skabe motivation hos klienter med anoreksi.

Bør motivationsafklaring gå forud for adfærdsændring?

Princippet om at tilpasse interventionen til klientens forandringsstadium bygges som omtalt på TMC (Prochaska og DiClemente 1992) og ses i primærartiklerne udmøntet i en anbefaling af, at klienten skal være på "handlingsstadiet", før man introducerer krav om adfærdsændring. Det er værd at bemærke, at dette princip er særligt fremtrædende i de empiriske studier af effekten af motivationsbehandling. Ud af de 7 empiriske studier, der omtales i primærartiklerne, præsenteres motivationsbehandling i de 6 af studierne som et kort program på 4-5 sessioner ved behandlingens start (Allen et al. 2012; Bewell-Weiss 2010; Dean et al. 2008; Feld et al. 2001; Geller et al. 2011; Wade et al.

2009). Kun ét studie (George et al. 2004) omtaler et motivationsprogram, der forløber gennem en længere del af terapien.

Man kan stille flere spørgsmål ved anvendelsen af TMC i motivationsarbejdet. For det første skal det bemærkes, at TMC er en teoretisk model, og der er begrænset evidens for at forandring rent faktisk foregår på den måde, modellen beskriver (Waller 2012; Vitousek et al. 1998). Derudover ses tendens til, at man i motivationsprogrammerne læner sig op ad en noget forenklet udlægning af TMC: Behandlingsforløbet fremstilles i praksis som en lineær proces, hvor klientens starter i førovervejsstadiet med at modtage motivationsbehandling, for senere at bevæge sig til forberedelses- og handlingsstadiet, hvor hun bliver klar til at arbejde med adfærdsændring. Prochaska og DiClemente fremhæver imidlertid, at forandring ofte forløber som en cirkulær proces, hvor individet adskillige gange vender tilbage til før-overvejsstadiet igen.⁶ Set i det lys bliver det problematisk at afgrænse motivationen til en indledende fase af terapien.

Ser man konkret på behandlingsforløb med klienter med anoreksi, må man stille spørgsmål ved ideen om, at man kan starte med at "løse" ambivalensen gennem samtale og refleksion, hvorefter man indleder den egentlige, adfærdsænderende behandling. En sådan fremgangsmåde bygger på en tankegang om, at klienten fra behandlingens start kan skabe sig en forståelse af, hvad anoreksien indebærer; og at klienten på det grundlag kan blive afklaret i sin ambivalens og træffe et valg. Kvalitative studier peger imidlertid på, at mange klienter med anoreksi oplever at lære deres anoreksi bedre at kende under behandlingsforløbet og ændrer deres opfattelse af, hvor omfattende anoreksien er, hvad det kræver at give slip på den, og hvad den koster dem (Higbed & Fox 2010; Jenkins & Ogden 2012). For eksempel kan det være svært at gøre sig begreb om den angstreducerende funktion, anoreksien har, før man prøver at udfordre nogle af de anorektiske mønstre og erfarer, hvilket følelsespres det giver anledning til. Det er derfor heller ikke overraskende, at der i forskningslitteraturen findes angreb både på ideen om, at motivationsarbejdet overvejende kan afgrænses til den indledende fase af behandlingen (Waller 2012), og på ideen om at motivation kan udvikles på et overvejende verbalt, reflekterende plan (Vitousek et al. 1998; Waller 2012). Motivationsproblemer må forventes at dukke op i nye afskygninger gennem en stor del af behandlingsforløbet, hver gang klienten skal forholde sig til nye udfordringer. Og de konkrete erfaringer, klienten gør sig under forløbet, når hun ændrer sin spiseadfærd, har afgørende betydning for, hvordan hun forstår sin anoreksi og dermed forholder sig motivationsmæssigt. Hvis en klient f.eks. har været 10

kg undervægtig i flere år, kan det være svært fra starten at tage stilling til, om hun vil gå hele vejen til normalvægt, fordi hun vanskeligt kan forholde sig til, hvad det indebærer. Det er et spørgsmål, klienten ofte først kan sige ja eller nej til på et senere tidspunkt i forløbet.

En anden betydning af adfærdsændring er, at den kan bidrage til at bringe klienten i kontakt med værdsatte aspekter af deres liv. Vægtøgning og mere regelmæssig spisning bibringer ofte klienten mere energi, som kan give overskud til lystbetonede aktiviteter, f.eks. at være sammen med andre mennesker, deltage i en fritidsaktivitet eller koncentrere sig om en god film eller bog. Kvalitative studier peger ligeledes på, at oplevelser som disse har en vigtig funktion i forhold til at kunne vælge at arbejde videre mod at blive rask (Norbø et al. 2008; Jenkins & Ogden 2012).

Man kan således af flere grunde betvivle, at det er hensigtsmæssigt at afgrænse motivationsbehandling til en indledende behandlingsfase. Det er bemærkelsesværdigt, at det ikke desto mindre er fremgangsmåden i størstedelen af den behandling, der har været genstand for effektstudier. Det peger på et behov for undersøgelse af motivationsbehandling, der er integreret i en større del af klienternes forløb.

Hvilken betydning har autonomistøtte for udvikling af motivation?

At understøtte klientens autonomi beskrives som et helt centralt element i motivationslitteraturen. I ingen af primærartiklerne omtales rationalet for den autonomistøttende tilgang, eller hvilke konsekvenser det har, hvis terapeuten går på kompromis på dette område.

Hos Miller & Rollnick (2002) finder man henvisning til empiriske studier, der peger på, at valgfrihed frem for pres fører til mere varige ændringer, både i kliniske og ikke-kliniske sammenhænge. De omtaler dog ingen sammenhængende teori om, *hvorfor* autonomistøtte fører til mere varig ændring. Et bud på en sådan teoretisk forklaring kan man til gengæld finde i Self Determination Theory (SDT) (Deci & Ryan; 2000). Vi vil kort omtale denne teori, da den kan give anledning til alternative bud på, hvordan man kan integrere den autonomistøttende tilgang med adfærdsorienteret anoreksi-behandling.⁷

En grundlæggende tanke inden for SDT er, at motivation i varierende grad kan være *internaliseret*. Ved internalisering forstås den grad hvorved motivation er *funderet i individets egne værdier*, frem for betinget af et oplevet pres (Deci & Ryan 2000). Mens motivation hos Miller & Rollnick (2002) beskrives som noget der kan være enten indre (intrinsic) eller ydre (extrinsic), lægges der i SDT vægt på internalisering som et kontinuert spektrum, hvor motiva-

tion kan basere sig på varierende grader af henholdsvis overensstemmelse med individets værdier samt indre og ydre pres. Internalisering betragtes yderligere som en proces der forløber gradvist, så motivation for en given handling over tid kan ændre sig mod at være mere indre og værdibaseret (Vansteenkiste et al. 2005). En central tese i SDT er, at i jo højere grad motivationen er internaliseret, desto mere solid og vedvarende vil den være.

Adfældsorienteret behandling vil uundgåeligt indebære, at klienten somme tider oplever at efterleve behandlingskrav på grund af et pres. Det kan være et ydre pres, som frygt for at blive døgnindlagt eller helt afsluttet fra behandlingsforløbet; eller et indre pres, som frygt for at føle at man fejler behandlingen eller skuffer sine pårørende. Det er dermed heller ikke overraskende, at motivation hos klienter med anoreksi ofte fremstår meget fluktuerende og afhængig af den konkrete sammenhæng, klienten befinder sig i (Waller 2012; Nordbø et al. 2008; 2011). Når klienten ændrer sin adfærd på baggrund af et pres, er der stor risiko for at motivationen vil forsvinde, hvis presset ikke er der længere. Det er bl.a. et velkendt problem for klienter indlagt på dag- eller døgnafsnit, hvor der er krav om indtagelse af måltider og konsekvenser, hvis det ikke sker. De har ofte svært ved at opretholde samme spisemønster, når de kommer hjem og der ikke længere er et ydre pres, der driver dem. En forklaring på dette kan være, at motivationen – selv efter langvarig spisetræning i hospitalsrammer – ikke nødvendigvis internaliseres i en sådan grad, at den kan opretholdes, når presset er fraværende.

SDT kan således give en forklaring på, hvorfor det er afgørende for behandlingens langsigtede effekt, at klienten under forløbet får taget ejerskab over beslutningen om at gå imod anoreksien. Med andre ord, at klienten på autonomt grundlag fravælger anoreksien, fordi det er i overensstemmelse med hendes værdier og bringer hende i retning af, hvad hun finder meningsfuldt og vigtigt.

Men en lige så vigtig pointe ved internaliseringstanken er, at et handlingsmønster, man fra starten tillægger sig på baggrund af pres, med tiden kan ændre sig til at blive personligt betydningsfuldt og udtryk for de værdier, man ønsker at leve efter. At en klient tidligt i behandlingen oplever at ændre adfærdsmønster på baggrund af et pres, vil ifølge SDT opfattes som foreneligt med, at hun senere i forløbet vil opleve det som noget, hun vælger på autonomt grundlag. Set i det lys er det afgørende for behandlingens langsigtede effekt, at klienten undervejs i forløbet når frem til at vælge den ikke-anorektiske vej med frivillighed og autonomi, snarere end at hun fra starten vælger på det grundlag.

Dette perspektiv åbner mulighed for en anden tilgang til at være autonomi-

støttende med henblik på at udvikle motivation – nemlig at terapeuten støtter klienten til gradvist at tage ejerskab over beslutningen om at blive rask, frem for at skulle afklare motivationen fra starten. Denne tilgang er åbenlyst lettere at forene med adfældsorienteret behandling. Om det i praksis vil være en vej til at skabe mere stabil og varig motivation – og bedre behandlingsresultater – er os bekendt endnu ikke undersøgt. Men det er et område, der kunne fortjene nærmere udforskning.

Hvilken betydning har det at udforske diskrepans?

Som beskrevet i vores gennemgang af motivationslitteraturen fremstilles klientens grundlæggende valgsituation ofte som en undersøgelse af fordele og ulemper ved at blive rask, som efterfølgende sammenholdes disse i en "decisional balance". For at vurdere, hvor meningsfuld denne fremgangsmåde er, synes det relevant at se på klienternes mere konkrete begrundelser for og imod at give slip på deres anoreksi.

Disse begrundelser er studeret i flere kvalitative undersøgelser (se f.eks. Serpell et al. 1999, Nordbø et al. 2006, Nordbø et al. 2011). Her springer det i øjnene, hvor forskelligartede begrundelserne for og imod at blive rask kan være, og det er langt fra indlysende, hvordan man kan sammenholde dem og opgøre i et regnestykke, hvad der vejer tungest. Begrundelserne der i de nævnte studier angives for at blive rask handler langt overvejende om at kunne bevæge sig i retning af, hvad man finder værdifuldt og meningsfuldt i det lange løb. Bl.a. nævnes at få bedre sociale relationer, få familie, få bedre sundhed, at blive mere selvstændig, ikke spille sit liv, men kunne bruge det på noget meningsfuldt, ikke at skulle tænke på mad hele tiden, at opleve nærvær og glæde i hverdagen. Begrundelser for at fastholde anoreksien handler i langt højere grad om at undgå ubehagelige tanker og følelser på kort sigt. Det kan f.eks. være at føle sig tryk, at føle sig attraktiv, at være noget særligt og ikke "almindelig", at føle sig i kontrol, at undgå ubehagelige følelser, at føle sig dygtig, selvsikker og succesfuld, at få opmærksomhed fra andre, at undgå forventninger og krav. Man kan stille spørgsmåls ved, om det giver mening for klienten at sammenholde og afveje begrundelser af så forskellig natur. Hvordan sammenholder man f.eks. et påtrængende her-og-nu behov for at få dæmpet sin angst med et mere langsigtet og vidtrækkende ønske om større nærvær med andre mennesker?

Et alternativ til opstilling af fordele og ulemper i en decisional balance kunne være, at man direkte adresserer dilemmaet mellem at skulle håndtere et svært følelsespres og samtidig have værdier, man ønsker at forfølge i sit liv.

Terapeuten kunne således sammen med klienten undersøge, hvilket tanke- og følelsespres, det vil indebære at arbejde mod at blive rask; hvilke værdier det samtidig vil give mulighed for at forfølge; samt om klienten er parat til at give plads til det følelsesmæssige pres, for at kunne forfølge sine livsværdier (jvf. Hayes et al. 2012; Harris 2011). Decisional balance vil således blive afløst af et grundlæggende valg mellem på den ene side at bevare anoreksien som en "comfort zone", hvor man er beskyttet mod vanskelige tanker og følelser; eller på den anden side at give afkald på anoreksien som følelsesregulering, for i højere grad at kunne leve mere i overensstemmelse med sine værdier og bevæge sig i retning af et mere meningsfuldt og indholdsrigt liv.⁸

Mens undersøgelsen af fordele og ulemper ofte fremstilles som noget, der bør ske inden der introduceres adfærdskrav, vil valget mellem anoreksien som "comfort zone" eller forfølgelse af livsværdier mere oplagt være noget, der arbejdes med undervejs i behandlingen, også efter at adfærdskrav er introduceret og klienten har fået en fornemmelse af, hvilket tanke- og følelsespres, det giver anledning til. Denne måde at arbejde med motivationen vil således lettere kunne forenes med den adfærdsorienterede behandling. Et emne for fremtidig udforskning kunne være en undersøgelse af, hvor virksom denne tilgang til motivationsbehandling er, set i forhold til den ofte brugte undersøgelse af fordele og ulemper.

Behandlingsmæssige rammer

Klientens udbytte af motivationsbehandling kan afhænge af såvel det indholdsmæssige fokus som af den ramme, behandlingen foregår under, eksempelvis behandlingens omfang, den tidsmæssige fordeling af motivations-sessionerne, samt om behandlingen har form af individuelle samtaler eller gruppesessioner. Vi har primært beskæftiget os med det indholdsmæssige fokus. Dog har vi argumenteret for, at der kan være fordele ved at integrere motivationsarbejdet i en længere del af behandlingen – selv om der endnu ikke foreligger evidens for, at dette øger udbyttet af motivationsbehandling hos klienter med anoreksi.

I en tid, hvor gruppebehandling i stigende grad anvendes frem for individuel behandling, blandt andet i psykiatrien, vil det være relevant at knytte nogle kommentarer til dette. På nuværende tidspunkt er der hverken lavet enkeltstudier eller metaanalyser, der sammenligner effekten af motivationsbehandling i henholdsvis gruppe- og individuel form for klienter med anoreksi. Umiddelbart synes gruppebehandlingen at rumme nogle muligheder,

som ikke findes i den individuelle behandlingsform. At være vidne til andre gruppemedlemmers fortælling kan bringe klienten i kontakt med værdimæssige aspekter af sin situation, og valget mellem at forblive i anoreksiens "comfort zone" kontra at følge andre livsværdier kan fremstå tydeligere når man ser det afspejlet i andre menneskers situation. Gruppeformen åbner også mulighed for sam-engagement omkring en fælles målsætning (at blive fri af spiseforstyrrelsen), hvilket kan bidrage til internalisering af den enkeltes motivation.⁹ Samtidig bliver det med gruppeformen en større udfordring at integrere motivationsbehandling gennem den enkelte klients behandlingsforløb. Miller & Rollnick (2013) anfører endvidere, at man ved gruppeformen skal være opmærksom på risikoen for, at klienterne kan forstærke hinandens "sustain talk", dvs. argumenter for at forblive med den nuværende situation. Netop med klienter med spiseforstyrrelser må dette betragtes som en problematik, man skal være yderst opmærksom på.

På nuværende tidspunkt vil vi således betragte det som et helt åbent spørgsmål, om motivationsbehandling har størst potentiale i gruppe- eller individuel form for klienter med anoreksi – og håbe på, at det vil blive genstand for nærmere udforskning i fremtiden.

Konklusion

Vi har undersøgt muligheden for at integrere motivationsarbejde i den gængse behandling af anoreksi; en behandling, som er præget af fokus på tidlig ændring af spiseadfærd. Nogle af de mest centrale principper i motivationsbehandling – nemlig tilpasning af interventionen til klientens forandringsstadium, den samarbejdende, autonomistøttende tilgang samt udforskningen af diskrepans – fremstår umiddelbart vanskelige at kombinere med adfærdsorienteret behandling. I motivationslitteraturen er det meget begrænset, hvor indgående denne problemstilling behandles. I de praktiske anbefalinger er tendensen, at man enten begrænser motivationsarbejdet til de delelementer, der let lader sig forene med adfærdsorienteret behandling; eller at man placerer motivationsindsatsen i en indledende fase, afgrænset fra den adfærdsorienterede intervention. I effektforskningen ses hidtil kun undersøgelse af en samlet "pakke" af motivationsbehandling og ikke nærmere udforskning af enkelte teknikker.

Ud fra diskussion af de tre mest centrale motivationsprincipper har vi fremsat nogle bud på alternative veje til at integrere motivation i adfærdsorienteret behandling samt områder, der kunne være relevant for nærmere udforskning.

- *Vi har fremsat den hypotese, at arbejdet med adfærdsændring kan være et vigtigt og nødvendigt led i motivationsarbejde, og at adskillelsen af motivationsarbejde og adfærdsændring i separate faser er problematisk. Vi foreslår, at klientens autonome valg om at blive rask kan anskues som noget, der kan udvikles undervejs i behandlingsforløbet, frem for et fundament, der skal skabes fra behandlingens start. Derudover foreslår vi, at den udbredte brug af "decisional balance" kunne afløses af et tilbagevendende fokus på klientens grundlæggende valgsituation mellem at blive i anoreksiens "comfort zone" eller give afkald på den til fordel for at kunne forfølge sine livsværdier.*
 - *I konkret praksis kan man anvende en motivationsmodel, hvor terapeuten parallelt med den adfærdsændrende behandling jævnligt sammen med klienten undersøger, hvor hun står i sin beslutningsproces, samt hjælper hende med at udfolde de værdier, der ligger til grund for en autonom beslutning om at blive rask. I adfærdsbehandlingen kan man indføre et mere systematisk fokus på aftrapning af regler, måltidsstøtte og andre adfærdsstøttende foranstaltninger, så klienten gradvist hjælpes til at indtage rollen som den, der træffer beslutning om at handle imod anoreksien. En sådan model vil skulle gøres til genstand for systematiske effektstudier, før man kan vurdere, om den i praksis vil kunne bidrage til mere varig motivation og bedre behandlingsresultater for klienter med anoreksi.*
1. For at få et billede af, hvilken rolle adfærdsændrende intervention har i den aktuelle behandlingspraksis for anoreksi, har vi benyttet nationale behandlingsguidelines fra følgende lande: Danmark (Sundhedsstyrelsen 2005), Norge (Statens Helse-tilsyn 2000), Sverige (Regionalt vårdprogram - Åtstörningar 2009), England (NICE 2004) og USA (APA 2006). Der er suppleret med et nyt amerikansk guideline Watch (APA 2012). Ud over de danske guidelines har vi valgt guidelines for de lande, som vi antager at dansk praksis er mest influeret af. Dansk, norsk og svensk praksis henter løbende gensidig inspiration, bl.a. via et fælles nordisk fagligt selskab. De svenske guidelines er regionale, da vi ikke har kunnet finde nationale guidelines. De fleste internationale forskningsartikler publiceres på engelsk, og i det omfang de refererer til guidelines er det enten fra NICE eller APA.
 2. Ved følgende af de nedenfor nævnte principper refereres især til MI: *Være samarbejdende og understøtte klientens autonome valg; Udforskning af diskrepans mellem anoreksien og klientens øvrige værdier og mål; Styrke klientens mestringsfølelse; samt Terapeutisk stil.*
 3. Princippet om at *Tilpasse interventionen til klientens forandringsstadie* bygger overvejende på TMC.
 4. Principperne om at *Give psykoedukation i anoreksiens mekanismer; Udforskning og ændring af kognitive mønstre; samt Udforskning og belønning af adfærdsmønstre* læner sig op ad den kognitivt-adfærdsterapeutiske tradition.

5. Waller (2012) anfører den almene betragtning, at den mest pålidelige indikator på motivation er adfærd; ikke verbale udsagn.
6. I flere af primærtartiklerne omtales denne cirkularitet, men i praksis kommer det ikke til udtryk i de motivationsprogrammer, der præsenteres.
7. Det skal anføres, at vi ikke her vil hævde SDT som empirisk velfunderet, men blot se på hvordan den kan bidrage med en interessant teoretisk hypotese om motivation, der kan gøres til genstand for nærmere udforskning.
8. Mens undersøgelsen af fordele og ulemper, med afvejning i en "decisional balance" er inspireret af klassisk kognitiv terapi, er den omtalte valgsituation mellem komfortzone og livsværdier inspireret af tænkningen i 3. bølge kognitiv terapi, specielt ACT. Se Hayes et al. 2012; Harris 2011.
9. Fra flere sider er det anført, hvordan gruppeformen har en "hothouse effekt", der virker fremmede for motivationen. Se f.eks. Asen & Scholz 2010

Referencer

- Allen K, Fursland A , Raykos B, Steele A, Watson H & Byrne S (2012): Motivation-focused treatment for eating disorders: A sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorders Review* 20(3): 232-239.
- American Psychiatric Association (2006): *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders 3rd Edition*.
- American Psychiatric Association (2012): *Guideline Watch for the Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders 3rd Edition*.
- Asen E & Scholz M (2010): *Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques*. London/New York: Routledge.
- Bewell, C.V. & Carter, J.C. (2008): Readiness to Change Mediates the Impact of Eating Disorder Symptomatology on Treatment Outcome in Anorexia Nervosa. *Int. Journal of Eating Disorders* 41(4): 368-371.
- Bewell-Weiss CV (2010): *A Brief Motivational Interviewing Intervention as a Prelude to Intensive Eating Disorder Treatment*. Dissertation. York University, Toronto.
- Blaabjerg, A & Nyland, T (2011): *Kognitiv terapi. Spiseforstyrrelser*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Dean HY, Touyz SW, Rieger E & Thornton CE (2007): Can Motivational Enhancement Therapy Improve a Cognitive Behaviourally Based Inpatient Program for Eating Disorders? Einstein DA (Ed.): *Innovations and Advances in Cognitive Behaviour Therapy*. Australian Academic Press, Brisbane.
- Dean H.Y., Touyz S., Rieger E. & Thornton C.E. (2008): Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorder Review* 16: 256-267.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000): The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11(4): 227-268.
- Dray J & Wade TD (2012): Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review* 32(6): 558-565.

- Drieschner K.H., Lammers S.M.M. & van der Staak C.P.F. (2004): Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review* 23: 1115-1137.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. London: The Guildford Press.
- Feld R, Woodside D, Kaplan A S, Olmsted M P & Carter J C (2001): Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders* 29(4): 393-400.
- Geller, J & Srikaneswaran, S. (2006): Treatment Non-Negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review* 14: 212-217.
- Geller, J. (2002): What a Motivational Approach Is and What a Motivational Approach Isn't: Reflections and Responses. *European Eating Disorder Review* 10: 155-160.
- Geller, J. (2006): Mechanisms of the Action in the Process of Change: Helping Eating Disorder Clients Make Meaningful Shifts in Their Lives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry Vol 11(2)*: 225-237.
- Geller J, Brown KE & Srikaneswaran S (2011): The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: A randomized control trial. *International Journal of Eating Disorders* 44(6): 497-505.
- Geller, J & Dunn, C.E. (2011): Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness of Change. *Cognitive and Behavioral Practice* 18: 5-15.
- Geller, J., Drab.Hudson, D., Whisenhunt, B.L. & Srikaneswaran s. (2004): Readiness to Change Dietary Restriction Predicts Outcome in the Eating Disorders. *Eating Disorders* 12: 209-224.
- Geller, J., Zaitsoff, L. & Srikaneswaran, S. (2005): Tracking Readiness and Motivations for Change in Individuals with Eating Disorders Over the Course of Treatment. *Cognitive Therapy and Research* 29 (5): 611-625.
- George L, Thornton C, Touyz SW, Waller G & Beumont PJV (2004): Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist* 8(2): 81-85.
- Gowers S.G. & Smyth B. (2004): The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent AN. *European Eating Disorder Review* 12: 87-93.
- Harris, R. (2011): *ACT teori og praksis. Acceptance and Commitment Therapy*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hayes SC, Strosahl KD & Wilson KG (2012): *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed.* New York: The Guilford Press.
- Higbed, L. & Fox, J.R.E. (2010): Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology* 49: 307-325.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J & Weinman, J. (2005): Perceptions of Illness in Individuals with Anorexia Nervosa: A Comparison with Lay Men and Women. *Int. Journal of Eating Disorders* 37 (1): 50-56.
- Jenkins, J. & Ogden, J. (2012): Becoming "Whole" Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 20: 23-31.
- Katzenelson, B. (2004): *Drivkræfter, følelser og erkendelse*. København: Hans Rreitzels Forlag.
- Knowles L, Anokhina A, Serpell L (2013): Motivational Interventions in the Eating

- Disorders: What is the Evidence? *Int. J. Eat. Disorders* 46: 97-107
- Linehan MM (2004): *Manual til dialektisk adfærdsterapi - færdighedstræning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lynch, M.F., Vansteenkiste, M., Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2011): Autonomy as Process and Outcome: Revisiting Cultural and Practical Issues in Motivation for Counseling. *The Counseling Psychologist* 39 (2): 286-302.
- Macdonald P, Hibbs R, Corfield F & Treasure J (2012): The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Research* 200(1): 1-11.
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J. & Rollnick, S. (2005): Motivational Interviewing and Self-determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24 (6): 811-831.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change. 2nd ed.* NY: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change. 3rd ed.* NY: The Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence (2004): *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.*
- Nordbø, R.H.S., Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Skårderud, F. & Holte, A. (2006): The Meaning of Self-Starvation: Qualitative Study of Patients' Perception of Anorexia Nervosa. *Int. Journal of Eating Disorders* 39 (7): 556-564.
- Nordbø, R.H.S., Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2008): Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patients' Wish to Recover from Anorexia Nervosa. *Int. Journal of Eating Disorders*, 41 (7): 635-642.
- Nordbø, R.H.S., Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2011): Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 20: 60-67.
- Price-Evans K & Treasure J (2011): The use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Child and Adolescent Mental Health* 16(2): 65-70.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47(9): 1102-1114.
- Rogers, Carl (1959): A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In E. Koch (Ed): *Psychology: A Study of a Science*, Vol. 3. New York: McGraw-Hill.
- Rosenbaum, B (2010): Kapitel 13. Adfærdsterapi. I: Lunn, Rokkedal & Rosenbaum (red.); *Frås og Faste - spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*. København: Dansk Psykologisk Forlag. 227-236.
- Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V (1999): Anorexia Nervosa: Friend or foe? *Int. Journal of Eating Disorders* 25: 177-186
- Sorrentino D, Mucci A, Merlotti E, Galderisi S & Maj M (2005): Modified nutritional counseling to increase motivation to treatment in anorexia nervosa. *European Psychiatry* 20(2): 186-187.
- Statens helsetilsyn (2000): *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i specialhelsetjenesten*. Oslo.
- Stockford K, Turner H, Cooper, M (2007): Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology* (2007), 46: 139-154.

- Stockholms läns landsting (2009): *Regionalt vårdprogram – Ätstörningar*.
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*. København.
- Tantillo M & Sanfter J (2010): Mutuality and Motivation in the Treatment of Eating Disorders. Connecting with Patients and Families for Change. Maine M, McGilley BH & Bunnell DW (Eds.): *Treatment of Eating Disorders: Bridging the Research-Practice Gap*. San Diego, US: Elsevier Academic Press. 319-334.
- Treasure J, Gavan K, Todd G & Schmidt U (2003): Changing the Environment in Eating Disorders: Working with Carers/Families to Improve Motivation and Facilitate Change. *European Eating Disorders Review* 11(1): 25-37.
- Treasure J & Schmidt U (2001): Ready, willing and able to change. Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review* 9(1): 4-18.
- Treasure J & Schmidt U (2008): Motivational interviewing in the management of eating disorders. Arkowitz H, Westra H, Miller W & Rollnick S (Eds.): *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. NY: Guilford Press. 194-224.
- Treasure J & Ward, A (1997): A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 5(2), 102-114.
- Vansteenkiste, M & Sheldon, K.M. (2006): There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology* 45: 63-82.
- Vansteenkiste, M, Soenens, B & Vandereycken, W. (2005): Motivation to Change in Eating Disorder Patients: A Conceptual Clarification on the Basis of Self-Determinations Theory. *Int. Journal of Eating Disorders* 37: 207-219.
- Vitousek K, Watson S & Wilson S (1998): Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review* 18(4): 391-420.
- Wade T.D., Frayne A., Edwards S.-A., Robertson t. & Cilchrist P. (2009): Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43: 235-243.
- Waller, G. (2012): The Myths of Motivation: Time for a Fresh Look at Some Received Wisdom in the Eating Disorders? *International Journal of Eating Disorders* 45: 1-16.
- White, M. (2007): *Maps of Narrative Practice*. NY: WW Norton & Co.