

Mænds oplevelser af årsager og interventionsmuligheder ved Binge Eating Disorder

Opgaven samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 271.069
Svarende til antal normalsider: 112,9 sider

Kamilla Uttrup
Studienummer: 20104137

Louise Bollerup Larsen
Studienummer: 20104136

Vejleder: Thomas Borchmann

10. Semester, Psykologi
Speciale

Aalborg Universitet
31. Maj 2016

Abstract

Despite the fact that today, more than ever, society is focused on a healthy, slim body, obesity continues to be a growing problem. Being overweight can pose severe health risks to the individual, as well as having economic consequences for society in general. Obesity is often seen as a consequence of bad habits and overweight individuals are challenged with negative stigma. The increase in overweight individuals may be one expression of the "affluent society" we live in, paralleled with increasingly inactive jobs. In society, being overweight is something that is treated as a matter of diet and exercise, even though research suggests that psychological aspects should bear equal consideration.

For many overweight people the current treatments for obesity are not effective, which may reflect more deep-rooted problems, including the possibility of the eating disorder *Binge Eating Disorder* (BED). Along with the increase in the number of overweight people, there is an increase in the number of individuals with BED, where one of the particular consequences is obesity.

BED is the most common of all eating disorders, characterized by the consumption of large amounts of food in a short period coupled with feelings of loss of control. For a long time, there has been an assumption that eating disorders only affect women, which is why studies of etiology and interventions often exclusively are based on women. There is only a small amount of research available on etiological factors and interventions for men with BED, even though it is estimated that one third of those with BED are men. With this in mind, we find it appropriate to make our contribution to this area of research, with knowledge about thoughts and experiences of the etiological factors and interventions, gained through interviews with four men with self-reported symptoms of BED.

We find that BED is not caused by one single factor, but rather is influenced by interactions of biological, psychological and social factors. We also ascertain that BED is experienced as something, which reflects psychological symptoms where thoughts, feelings and actions are affected in a dynamic interaction. The development of the symptoms is seen especially to be influenced by social factors, where

interpersonal relationships and experiences are highlighted. In addition, BED is experienced as affected by the addictive properties of specific types of food.

Regarding interventions, BED is experienced as something that has to be treated as a psychological phenomenon. No independent intervention is perceived as broad enough in the treatment of BED. An intervention should be an interaction between several forms of interventions and embrace therapeutic treatment, behavioural weight loss intervention and support from others with the same eating disorder.

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1. OM SPECIALET	8
1.1 INTRODUKTION	8
1.2 PROJEKTETS ANLIGGENDE OG PROBLEMFORMULERING	10
1.3 DEN BIOPSYKOSOCIALE MODEL.....	11
1.4 VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT	11
1.5 BEGREBSAFKLARING.....	13
1.6 FREMGANGSMÅDE OG LÆSEVEJLEDNING	13
1.7 ANVENDT LITTERATUR I OPGAVEN.....	14
KAPITEL 2. BED - DEFINITION OG UDVIKLING.....	16
2.1 UDVIKLING AF DIAGNOSEN	16
2.2 DIAGNOSEBESKRIVELSE	18
2.3 PRÆVALENS	20
2.4 KOMORBIDITET	20
2.5 DIFFERENTIALDIAGNOSTIK	21
2.6 MÆND OG SPISEFORSTYRRELSER	22
OPSAMLING	24
KAPITEL 3. ÆTIOLOGI VED BED.....	25
3.1 BIOLOGISKE FAKTORER.....	25
3.1.1 Arvelighed.....	25
3.1.2 Afhængighed	26
3.1.3 Neurologiske faktorer	28
OPSAMLING AF BIOLOGISKE FAKTORER	28
3.2 PSYKOLOGISKE FAKTORER.....	29
3.2.1 Kropsopfattelse.....	29
3.2.1.1 Body image og kropstilfredshed	29
3.2.1.2 Vægt og vægtregulerende adfærd	31
3.2.2 Emotionelle aspekter	33
3.2.3 Personlighedstræk	36
3.2.4 Kognitive processer	38
OPSAMLING AF PSYKOLOGISKE FAKTORER	39
3.3 SOCIALE FAKTORER	40
3.3.1 Seksualitet.....	40
3.3.2 Medieidealiserings	42
3.3.3 Stigmatisering.....	43
3.3.4 Relationer med familie og jævnaldrende	45

3.3.5 Stress.....	46
3.3.6 Tilgængelighed af mad	47
3.3.7 Socioøkonomisk status	48
OPSAMLING AF SOCIALE FAKTORER	49
KAPITEL 4. INTERVENTIONER VED BED.....	50
4.1 PSYKOTERAPI.....	50
4.2 PSYKOEDUKATION OG SELVHJÆLP	54
4.3 INTERVENTIONER MED FOKUS PÅ VÆGTTAB	55
4.3.1 Operative indgreb.....	56
4.4 FARMAKOLOGISKE INTERVENTIONER.....	57
4.5 KOMBINATIONSBEHANDLING	58
OPSAMLING.....	58
KAPITEL 5. METODE	60
5.1 TEKNIKKER TIL DATAINDSAMLING.....	60
5.1.1 Overvejelser i forbindelse med anvendelsen af interviews	61
5.1.2 Vignetter	63
5.1.2.1 Vignettens interne validitet	63
5.1.2.2 Anvendelsen af vignetter	63
5.1.3 Interviewguide	65
5.1.4 Transskription.....	67
5.1.4.1 Transskriptionsretningslinjer.....	68
5.2 INFORMANTER.....	68
5.3 KVALITATIV INDHOLDSANALYSE	69
5.3.1 Operationalisering af den teoriinformerede indholdsanalyse	70
5.4 ETISKE OVERVEJELSER	71
OPSAMLING	73
KAPITEL 6. ANALYSE.....	75
6.1 ÆTIOLOGI.....	75
6.1.1 Biologiske faktorer.....	75
6.1.1.1 Arvelighed	75
6.1.1.2 Afhængighed.....	77
6.1.2 Psykologiske faktorer.....	78
6.1.2.1 Body image	78
6.1.2.2 Vægt og vægtregulerende adfærd	79
6.1.2.3 Emotioner	80
6.1.2.4 Personlighedstræk	81
6.1.2.5 Kognitioner	82
6.1.3 Sociale faktorer.....	84
6.1.3.1 Kropsideal og medieidealiserings.....	84

6.1.3.2 Stigmatisering	85
6.1.3.3 Relationer	86
6.1.3.4 Mobning	87
6.1.3.5 Stress	88
6.1.3.6 Signifikante livsbegivenheder	88
6.1.3.7 Tilgængelighed af mad	89
6.1.4 Komorbiditet	90
6.2 INTERVENTIONER	91
6.2.1 Arbejde med sig selv	91
6.2.2 Betydningen af ikke at være alene	92
6.2.3 Individuel intervention	93
6.2.4 Adfærdskinterventioner	95
6.2.5 Farmakologisk intervention	96
6.2.6 Inddragelse af pårørende	96
6.3 SAMMENFATTENDE ANALYSE	97
6.3.1 Samlede overvejelser om ætiologiske forhold	98
6.3.2 Samlede overvejelser om interventioner	100
KAPITEL 7. DISKUSSION	102
7.1 MØNSTRE I INFORMANTERNES TANKER OG OPLEVELSER OM ÅRSAGER TIL BED	102
7.2 MØNSTRE I INFORMANTERNES TANKER OG OPLEVELSER OM INTERVENTIONER VED BED	109
7.3 KRITISK REFLEKSION OVER RESULTATER OG FREMGANGSMÅDE	114
7.3.1 Validitet	115
7.3.2 Repræsentativitet	121
7.3.3 Reliabilitet	123
7.4 IMPLIKATIONER	124
8. KONKLUSION	127
REFERENCELISTE	130
INTERNETKILDER	142

Bilag 1 Vignetter	143
Bilag 2 Interviewguide	145
Bilag 3 Transskription af interview med Flemming (vedlagt på CD-ROM)	
Bilag 4 Transskription af interview med Kevin (vedlagt på CD-ROM)	
Bilag 5 Transskription af interview med Klaus (vedlagt på CD-ROM)	
Bilag 6 Transskription af interview med Steen (vedlagt på CD-ROM)	
Bilag 7 Indholdsanalyse Flemming	150
Bilag 8 Indholdsanalyse Kevin	160
Bilag 9 Indholdsanalyse Klaus	172
Bilag 10 Indholdsanalyse Steen	189

Kapitel 1. Om specialet

1.1 Introduktion

Vi har med dette speciale et formål om at belyse mænds tanker og oplevelser om årsager og interventionsmuligheder ved *Binge Eating Disorder* (eng.) (BED). Vores interesse for BED udspringer af en undren omkring det stigende antal overvægtige personer, der ses i nutidens samfund, hvor fokus mere end nogensinde før er på motion, fitness, sundhed og det at være slank. Dette fokus på slankhed ses både i form af et tiltagende antal sundhedskampagner, tv-programmer omhandlende vægttab eller sund livsstil, reklamer om diverse slankemidler samt gennem en stor stigning i bøger om forskellige former for (hurtige) slankekur. Til trods for politikernes indsats med handlingsplaner i form af sundhedskampagner omhandlende sund kost og motion, ses der til stadighed en stigning i forekomsten af overvægt (Lassen, 2008, pp. 8f).

Antallet af fede voksne er, ifølge WHO, siden 1980'erne mere end fordoblet (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/), og Sundhedsstyrelsen fremlægger, at 47 % af den danske befolkning i dag er overvægtige ($BMI \geq 25$) og 13 % svært overvægtige ($BMI \geq 30$) (www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt/). Overvægt er, udover at stride imod de nuværende samfundsmæssige normer for udseende, forbundet med konsekvenser i form af alvorlige følgesygdomme som fx diabetes, hjerte-kar-sygdomme, søvnapnø og forhøjet blodtryk (www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt/fysiske-konsekvenser/). Foruden at overvægt for det enkelte individ kan udgøre en sundhedsrisiko, er overvægt ligeledes forbundet med samfundsøkonomiske konsekvenser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007, p. 9). Den stigende overvægt kan muligvis tilskrives, at det samfund, mennesker lever i i dag, beskrives som karakteriseret af en overflod af mad (Davis, 2015, p. 526) sideløbende med tiltagende stillesiddende arbejde samt mere transport via bil frem for cykel (Sundhedsstyrelsen, 2003, p. 9).

Som et individuelt anliggende anses overvægt som et viljesproblem (Møller, 2006, p. 74). Overvægt opfattes ofte som konsekvens af ”dårlige vaner”, hvor overvægtige personer ”bare skal tage sig sammen”, spise mindre og dyrke mere motion (Ilfeldt, 2005, p. 2). Derudover tillægges overvægtige personer ofte negative egenskaber såsom uintelligens, dovenskab og manglende viljestyrke (Puhl & Suh, 2015, p. 2). Ilfeldt forklarer, hvorledes fedme og overvægt i samfundet bliver fremstillet som noget, der udelukkende skal behandles som et kost- og motionsanliggende. Hertil beskriver hun yderligere en undren om, hvorfor der ikke bliver taget hånd om det, der ligger *bag* overvægten. Til dette siger hun: ”... *det er her, psykologerne som faggruppe kan yde en behandlingsindsats.*” (Ilfeldt, 2005, p. 2). For flere overvægtige personer virker de eksisterende behandlingstilbud, der udelukkende har fokus på vægttab, ikke, hvilket muligvis kan afspejle dybereliggende problemer.

Vi finder det interessant, at der, sideløbende med det stigende antal overvægtige personer, ligeledes ses en stigning i antallet af personer, der lider af BED, hvor en af konsekvenserne særligt er (svær) overvægt (Amianto, Ottone, Daga & Fassino, 2015; Brownley, Peat, La Via & Bulik, 2015; Citrome, 2015; Roehrig, Masheb, White & Grilo, 2009; Puhl & Suh, 2015). Dette har givet anledning til en undren hos os omkring, hvorvidt der kan være flere årsager til det store antal overvægtige personer end blot usund livsstil og ”dårlige vaner”. BED er en ny diagnostisk kategori i DSM-V, der endnu ikke er inkluderet i ICD-10, som benyttes i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2005, p. 20) på trods af, at det er den mest udbredte spiseforstyrrelse (Amianto et al., 2015, p. 2; Citrome, 2015, p. 44; Davis, 2015, p. 523). Hertil estimeres det af Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS), at op mod 40.000 personer, i Danmark alene, har BED (www.lmsos.dk/viden/spiseforstyrrelser/).

Der ligger en stor alvor i at lide af kraftig overvægt, og kan denne ikke kommes til livs ved hjælp af de interventioner, der har motion og kostændring som omdrejningspunkt, kan det tyde på, at der kan være brug for en anden type hjælp. Ifølge Lassen kan en af grundene til den manglende succes med sundhedskampagner m.v. bunde i, at der fra beslutningstagernes side ikke bliver lyttet til de overvægtige personers egne forklaringer på deres vægt- og spiseproblemer (Lassen, 2008, p. 11).

Gennem en interessebaseret udforskning af forskning i BED lagde vi hurtigt mærke til, at der ikke foreligger meget viden om ætiologiske forhold ved BED hos mænd samt om de interventioner, der er fundet virksomme hos mænd med BED. Generelt antages det i forskningen, at spiseforstyrrelser primært rammer kvinder, og studier omhandlende ætiologi og interventioner tager derfor ofte afsæt i kvinder, hvilket også gør sig gældende for forskning i spiseforstyrrelsen BED (Striegel, Bedrosian, Wang & Schwartz, 2012, p. 233; Strother, Lemberg, Stanford & Turberville, 2012, p. 346). Viden om udvikling og behandling af BED hos mænd tager dermed primært afsæt i resultater fundet i studier baseret på kvinder. Vi undrer os over, at mænd ikke på lige fod med kvinder er repræsenteret i forskningen, da kønsratioen ved BED er mere udlignet sammenlignet med andre spiseforstyrrelser. Derudover er der, ifølge Striegel et al., ikke noget, der tyder på, at den forskningsmæssige underrepræsentation af mænd reflekterer et lavere niveau af svækkelse hos mænd sammenlignet med kvinder (Striegel et al., 2012, p. 233). Ifølge Strother et al. er der vigtige forskelle mellem mænd og kvinder ift. ætiologiske mekanismer ved BED, som bør studeres nærmere for at kunne forbedre interventioner ved BED hos mænd (Strother et al., 2012, p. 353). Denne mangel i forskningen understøttes af flere nyere reviews og studier (Reas & Stedal, 2015, p. 249; Striegel et al., 2012, p. 233). Ricciardelli og McCabe fremhæver, at der er behov for flere dybdegående, kvalitative studier af hankøn med spiseforstyrrelser. Dette for bedre at kunne forstå udviklingen af forstyrret spisning og for derigennem at kunne tilpasse interventioner til drenge og mænd med spiseforstyrrelser (Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 502). Ligeledes forklarer Strother et al., at indtil der sættes større fokus på problematikker, relateret til spiseforstyrrelser hos mænd, vil mænd fortsat være underdiagnosticeret, underbehandlet og misforstået (Strother et al., 2012, p. 347). Ovenstående har motiveret os til et forsøg på at supplere til viden inden for området.

1.2 Projektets anliggende og problemformulering

Vi har med dette speciale ikke et formål om at generere nye teorier, men vi søger derimod at supplere til området med en viden om mønstre i mænds tanker og oplevelser om ætiologiske forhold og interventioner ved BED. Dermed har dette speciale to anliggender; det første anliggende er at belyse hvilke årsager, der kan

ligge til grund for, at mænd udvikler BED. Det andet anliggende er at belyse hvilke interventioner, der kan være virksomme i behandlingen af BED hos mænd. Dette leder os frem til følgende problemformulering:

Hvilke tanker og oplevelser har mænd med symptomer på BED vedrørende årsager og interventioner ved BED?

1.3 Den biopsykosociale model

I forsøget på at opnå indblik i forståelsen af BED hos mænd, finder vi det nødvendigt, gennem litteraturen, først at skabe os et overblik over, hvilke årsager, der er til, at mænd udvikler BED, samt hvilke interventioner, der eksisterer til behandling af lidelsen. Hertil tager vi, i dette speciale, afsæt i den biopsykosociale model, som i stigende grad anvendes til forståelsen af psykiatriske sygdomme (Rosenbaum, 2010, p. 857). I denne model spiller både biologiske såvel som psykologiske og sociale forhold ind på udviklingen af psykisk sygdom (Ibid.). Den biopsykosociale model er af forskere anset som den mest integrative og lovende forklaringsramme i forståelsen af overspisning (Polivy & Herman, 1993, p. 197). Alle tre dimensioner i modellen er principielt forbundne, men hvordan de relaterer sig til hinanden er ikke dynamisk i sig selv (Rosenbaum, 2010, p. 858). Den biopsykosociale model er, som navnet antyder, en eklektisk tilgang til forståelsen af mennesket, og inden for denne tilgang integreres metoder og forståelser fra hhv. naturvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab. Tanken bag modellen er altså, at ingen af de tre dimensioner er vigtigere end andre, og at ingen kan stå alene, men skal ses som fungerende i et indbyrdes samspil. Dette giver mulighed for en tværvideenskabelig forståelse af BED, hvor hver tilgang kan bidrage med sin viden og sine metoder.

1.4 Videnskabsteoretisk afsæt

Vores formål med dette speciale er at undersøge mænds tanker og oplevelser om årsager og interventionsmuligheder ved BED. Vi har en interesse i at belyse, hvilke mulige sammenhænge og mønstre, der er i mændenes oplevelser om årsager og interventioner ved BED. Såfremt informanternes oplevelser samt mønstrene mellem disse viser sig problematiske, er vores intention at blive bevidste herom samt om,

hvilke mulige årsager, der kan være til dette. Vi har i specialet valgt at forholde os videnskabssteoretisk med afsæt i den kritiske realisme, der placerer sig inden for det samfundsvidenskabelige paradigme.

I den *kritiske realisme* er der en overbevisning om, at den sociale virkelighed består af to niveauer: aktører og strukturer. Disse niveauer er, ifølge Buch-Hansen og Nielsen, hinandens emergente produkter (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, p. 50). De sociale strukturer besidder egenskaber, som aktørerne ikke besidder, og omvendt opnår aktører (mennesker) bestemte egenskaber i kraft af de sociale strukturer, men som de sociale strukturer i sig selv ikke er i besiddelse af. Sociale strukturer i samfundet eksisterer forud for menneskelig aktivitet, men selvsamme menneskelige aktivitet er ligeledes med til at genskabe og forny disse sociale strukturer.

Menneskelig aktivitet vil, i dette lys, derfor altid udfolde sig i en strukturel kontekst, der er skabt af tidligere aktiviteter. Der eksisterer en anerkendelse af, at mennesker, individuelt og kollektivt, besidder en frihed ift. at forme egen skæbne, men samtidig påvirkes denne frihed af andre mennesker samt begrænses af strukturer og positioner i samfundet (Ibid., pp. 49-53). Disse strukturelle positioner kan ses som både forudsættende for, at social aktivitet kan ske, men samtidig begrænser de:

”Strukturelle positioner fremtvinger eller determinerer aldrig aktørernes handlinger, men de udøver en objektiv indflydelse, som indsnævrer handlerummet.” (Archer, 1995, p. 196 jf. Buch-Hansen & Nielsen, 2005, p. 51).

Der skelnes i den kritiske realisme mellem to dimensioner i videnskaben, den transitive og den intransitive dimension. *Den transitive dimension* af videnskaben omhandler det, mennesker ved om verden fx fakta, teorier og metoder. Transitive objekter kan anskues som videnskabernes råmaterialer, der er produceret af mennesker, og som konstant udvikles og fornyes af samme. Videnskaben anses dermed som en vedvarende social aktivitet (Buch-Hansen, & Nielsen, 2005, pp. 21f). *Den intransitive dimension* af videnskab omhandler de objekter, som mennesker forsøger at generere viden om. I den kritiske teori anses de intransitive objekter som eksisterende uafhængigt af menneskets viden om dem (Ibid., p. 22). Ifølge Sonne-Ragans er erkendelsesobjektet de egenskaber ved den undersøgte genstand, der fokuseres på (Sonne-Ragans, 2012, p. 200). Erkendelsesobjektet er dermed kun en selekteret del af det realobjekt, der undersøges. Den videnskabelige

erkendelse af virkeligheden adskiller sig i den kritiske realisme fra virkeligheden, da den videnskabelige vidensproduktion altid vil være et resultat af en forudgående teoretisk og ideologisk vidensproduktion, hvor kun dele af virkeligheden bliver inddraget i undersøgelsen. Videnskabelige teorier, der udforskes empirisk, vil dermed altid være metodisk reductive (Ibid.).

1.5 Begrebsafklaring

I dette speciale anvendes gennemgående tre forkortelser: BED, AN og BN. BED er en forkortelse for *Binge Eating Disorder* (eng.), der er den engelske betegnelse for det danske, *tvangsoverspisning*. BED anvendes i hele specialet synonymt med binge eating disorder samt tvangsoverspisning. Dette fordi vi i specialet tager afsæt i den amerikanske diagnose i DSM-V. AN er en forkortelse for *Anorexia Nervosa* (eng.) og det danske, *anoreksi*, mens BN er en forkortelse for *Bulimia Nervosa* (eng.) og det danske, *bulimi*. Disse forkortelser er gennemgående, i dette speciale, for at gøre det lettere for læseren, ved at denne kun skal forholde sig til én betegnelse frem for flere forskellige.

1.6 Fremgangsmåde og læsevejledning

For at kunne besvare specialets problemformulering, finder vi det vigtigt først at etablere et overblik over, hvordan BED i videnskaben er blevet defineret og forstået, og hvorledes diagnosen er blevet udviklet. Derfor vil vi i kapitel 2 præsentere, hvorledes diagnosen BED er blevet udviklet, samt præsentere afsnit om diagnostiske kriterier foruden afsnit om hhv. prævalens, komorbiditet og differentialdiagnostik. Generelt er mænd med spiseforstyrrelser mangelfuldt belyst i forskningen om spiseforstyrrelser, hvorfor vi afslutningsvis, i dette kapitel, præsenterer et overordnet afsnit om mænd og spiseforstyrrelser.

I kapitel 3 præsenteres en litteraturgennemgang af forskning om ætiologien ved BED inden for en biopsykosocial forståelsesramme. Herefter følger i kapitel 4 en gennemgang af forskning om undersøgte interventioner ved BED.

Vi har i dette speciale foretaget fire kvalitative interviews med mænd, der alle har oplevelser med symptomer på BED. Dette med et formål om at opnå indblik i deres

tanker og oplevelser om årsager til samt interventionsmuligheder ved BED. De metodiske overvejelser, der ligger til grund for vores dataindsamling, præsenteres i kapitel 5 foruden en beskrivelse af vores metode og fremgangsmåde i forbindelse med dataindsamling og -behandling. Vi har valgt at anvende den teoriinformerede, kvalitative indholdsanalyse i arbejdet med specialets empiri, og resultaterne fra denne bliver præsenteret i analysen i kapitel 6.

I kapitel 7 vil vi først diskutere de mønstre, vi ser i informanternes tanker og oplevelser om årsager til og interventioner ved BED. Dernæst vil vi diskutere flere forbehold, der bør iagttages vedrørende studiets fundne resultater samt fremgangsmåde. Afslutningsvis vil vi i diskussionen runde af med et afsnit om, hvilke implikationer specialets resultater kan have for forståelsen af årsager til samt interventioner ved BED hos mænd.

I kapitel 8 præsenterer vi konklusionen på problemformuleringen.

1.7 Anvendt litteratur i opgaven

De temaer, der bliver gennemgået i litteraturgennemgangen i kapitel 3 og 4, repræsenterer de områder, der afdækkes i den fundne litteratur om ætiologi og interventioner ved BED. Litteraturen er fundet via bøger og tidsskrifter på hhv. AUB, PsychNet, PubMed og Web of Science, hvor vi har søgt på varianter af ordene ”BED” kombineret med enten ”mænd” eller ”kønsforskelle”. Dette har vi kombineret med varianter af ordene ”årsager” eller ”interventioner” i to forskellige søgestrenger. Alle ord er søgt på hhv. dansk og engelsk. Derudover har vi udført kædesøgning og supplerende søgninger, hvor vi fandt det relevant. Fx har vi udført en supplerende søgning på varianter af ordene ”stress” og ”overspisning”, da vi fandt indikationer i den første søgning på, at stress er relateret til overspisning, men vi fandt ingen studier, der specifikt omhandlede dette. Vi har medtaget alt den forskning, der fremkom i vores litteratursøgning, som specifikt omhandler mænd med BED, herunder enkeltstudier samt reviews. En stor del af den fremkomne forskning er primært baseret på kvinder, men hvor forfatterne konkluderer ift. begge køn. Denne forskning har vi ligeledes valgt at medtage, men vi fandt af ressourcemæssige årsager det nødvendigt at udvælge primært reviews og metaanalyser for at få et afgrænset,

men repræsentativt udsnit af forskningen. Visse aspekter ved BED er kun undersøgt ift. kvinder, hvorfor vi også har valgt at inkludere enkelte studier, hvor mænd ikke er medtaget. Dette er valgt for at afdække områderne så fyldestgørende som muligt. Dog har vi fravalgt studier, der fx undersøger kvinders udvikling af BED med afsæt i seksualisering af kvindekroppen.

Kapitel 2. BED - definition og udvikling

Dette kapitel har til formål at give læseren et overblik over, hvad BED er. Først vil vi kort gennemgå udviklingen af diagnosen, hvorefter de aktuelle diagnosekriterier vil blive præsenteret. Herefter vil vi forsøge at skabe et overblik over lidelsens udbredelse, mulig komorbiditet, samt hvilke differentialdiagnostiske betragtninger, der bør overvejes, når lidelsen diagnosticeres. Afslutningsvis præsenteres et afsnit om mænd og spiseforstyrrelser med et formål om at skabe overblik over, hvorledes dette tidligere er belyst i forskningen.

2.1 Udvikling af diagnosen

Begrebet *overspisning* (eng. binge eating) er en nyere betegnelse, der udspringer fra den antikke BN-diagnose (Stunkard, 1993, p. 15). Overspisning er, inden for de senere år, blevet et allestedsnærværende begreb, der ses blandt normale populationer, men også i spiseforstyrrelser som AN, BN og den nyere BED (Johnson & Torgrud, 1996, p. 321).

Stunkard sætter som en af de første fokus på patogenesen ved overvægt gennem systematiske dyrestudier med overvægtige mus (Stunkard, 1959). Gennem disse studier fremgår tre typer spisemønstre, der alle er kendetegnet ved overspisning, og som kan lede til overvægt. Han anvender disse tre spisemønstre hos musene til at beskrive tre lignende, afvigende mønstre, der ses hos mennesker, som overspiser. Via adfærdsforsøg hos mus med *The Skinner Box* (eng.), hvor musens spiseadfærd måles gennem dens trykken på en pal, der udløser mad, beskriver Stunkard markante forskelle på spiseadfærden hos normalvægtige og overvægtige mus (Ibid., pp. 284f). Den ene overspisningsadfærd, som Stunkard identificerer, er det, han betegner som *eating binge* (eng.) (Ibid., pp. 288f). Stunkard beskriver denne type overspisning med følgende tre karakteristika: adfærden kan aktiveres af perioder med stressfyldte livsbegivenheder, overspisningen kan have en ubevidst, personlig og symbolsk mening for personen, og disse episoder efterfølges ofte af et voldsomt ubehag samt selvførdømmelse (Ibid., p. 289). Han understreger i sin artikel, at overvægt skal anskues ud fra et psykosomatisk og ikke blot et somatisk perspektiv (Ibid., pp. 292f).

Ifølge Stunkard har ætiologien ved overvægt nogle signifikante psykologiske variable, og gennem undersøgelser af overvægt via ætiologiske forhold, frem for udelukkende somatiske, kan forskellige typer overvægt differentieres, herunder eating binge, hvilket kan være anvendeligt i den psykiatriske forskning i forståelsen af overvægt (Ibid., p. 293).

Selvom BED allerede beskrives tilbage i 1959 af Stunkard, er det først i udgivelsen af DSM-IV og DSM-IV-TR, at BED introduceres som en prototypisk kategori i *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (eng.) (ED-NOS). De diagnostiske kriterier, der er specificeret for BED i ED-NOS i DSM-IV, er klarlagt bl.a. ud fra en række studier af Spitzer et al. i samarbejde med en indsat arbejdsgruppe for DSM-IV (Spitzer et al., 1992; 1993). De beskriver her behovet for en ny diagnostisk kategori, *Binge Eating Disorder*, da denne vil indlemme patienter, der overspiser, men som ikke lever op til kriterierne for BN.

Med udgivelsen af DSM-V i 2013 er BED ikke længere blot en subkategorisk beskrivelse under ED-NOS, men en officiel spiseforstyrrelsesdiagnose. Kriterierne er i den nye udgave blevet mere inkluderende, men adskiller sig ikke meget fra kriterierne i DSM-IV (Zayas & Thomas, 2015, p. 45). BED-diagnosen betyder, at de personer, der måtte leve op til de specifikke kriterier, nu vil blive anerkendt af klinikere, og de vil være berettiget til at modtage specialiseret behandling (Ibid., p. 44).

BED er, som nævnt, endnu ikke klassificeret som en selvstændig diagnose i ICD-10, som er det diagnosesystem, der anvendes i Danmark i kliniske sammenhænge, og findes på nuværende tidspunkt under *Andre spiseforstyrrelser* (Sundhedsstyrelsen, 2005, p. 20). Derfor eksisterer der, indtil nu, ikke specifikke klassifikationskriterier for BED i ICD-10. Dog er der en forventning om, at BED vil indgå i ICD-11 som selvstændig diagnose, hvor kriterierne vil lægge sig op ad de kriterier, der fremstilles for BED i det amerikanske klassifikationssystem, DSM-V (www.lmsos.dk/viden/tvangsoverspisning-bed/).

2.2 Diagnosebeskrivelse

BED er en *overspisningslidelse*, hvor personen episodisk indtager meget store mængder mad på relativt kort tid uden efterfølgende kompensatorisk adfærd (DSM-V, 2013, p. 350). Denne adfærd kan fx være opkastning, faste eller ekstrem motionering, som der ses hos personer med BN (Crow, 2015, p. 106). Ligeledes kendetegnes BED ved kontroltab under indtagelse af mad (Citrome, 2015, p. 44). En af følgerne ved BED er ofte (svær) overvægt (ibid.), men ikke alle personer, der er overvægtige eller fede, har BED (DSM-V, 2013, p. 351). Ligeledes er overvægt ikke et kriterie for at få diagnosen, da BED kan være til stede uden (Citrome, 2015, p. 44). Overvægtige personer med BED, sammenlignet med overvægtige personer uden BED, viser i højere grad forstyrrede spisevaner, indtagelse af flere kalorier, manglende evne til at hæmme fødeindtag, foruden at de rapporterer om et mere negativt body image samt har signifikant højere rater af psykisk komorbiditet (Wilson, 2005, p. 455).

Herunder præsenteres diagnosekriterierne for BED i DSM-V, oversat af Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade (www.vioss.dk/viden/tvangsoverspisning-bed/):

DSM-5 om tvangsoverspisning

- A. Gentagne episoder med overspisning. En overspisningsepisode karakteriseres ved begge af de følgende:
1. Spisning, indenfor en tidsafgrænset periode (fx indenfor to timer), af en mængde mad der helt klart er større end hvad de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder.
 2. En følelse af kontroltab over spisningen under episoden (fx en følelse af ikke at kunne stoppe med at spise eller kontrollere hvad og hvor meget man spiser).
- B. Overspisningsepisoderne er forbundet med tre (eller flere) af følgende:
1. At spise meget hurtigere end normalt.
 2. At spise indtil man føler ubehagelig mæthed.
 3. At spise store mængder mad uden at føle fysisk sult.
 4. At spise alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser.
 5. At føle væmmelse ved sig selv, depressiv sindsstemning eller meget skyld efterfølgende.
- C. Overspisningerne er forbundet med betydeligt ubehag.
- D. Overspisningerne forekommer gennemsnitligt en gang ugentligt i en periode på tre måneder.
- E. Overspisningerne er ikke forbundet med gentagende uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd som ved Bulimia Nervosa og forekommer ikke kun som en del af Anorexia Nervosa og Bulimia Nervosa.

Specificer hvis:

Delvis remission: Efter tidligere at have opfyldt alle kriterier for tvangsoverspisning forekommer overspisning i gennemsnit mindre end en gang om ugen i en vedvarende tidsperiode.

Fuld remission: Efter tidligere at have opfyldt alle kriterier for tvangsoverspisning har ingen af kriterierne været opfyldt i en vedvarende tidsperiode.

Specificer nuværende sværhedsgrad:

Minimumsniveauet for sværhedsgraden er baseret på frekvensen af overspisningsepisoder (se nedenfor). Sværhedsgraden kan forøges for at afspejle andre symptomer og graden af funktionsnedsættelse.

Mild: 1-3 overspisningsepisoder pr uge.

Moderat: 4-7 overspisningsepisoder pr uge.

Alvorlig: 8-13 overspisningsepisoder pr uge.

Ekstrem: 14 eller flere overspisningsepisoder pr uge.

Ved kriterie A står det angivet, at en episode med overspisning defineres som spisning inden for et afgrænset tidsrum af en mængde mad, der er betydelig større, end hvad de fleste ville spise inden for samme tidsrum under lignende forhold (DSM-V, 2013, p. 350). Terapeutens vurdering af, om indtagelsen af mad er overdreven eller uforholdsmæssig stor, afhænger af og vurderes ud fra konteksten, hvori overspisningen finder sted. Fx kan mængden af mad, der vil vurderes som overdreven ved et normalt måltid, vurderes som normal i forbindelse med fx højtider og festlige anledninger (Ibid.). Diagnosekriterierne fastsætter en tidsgrænse på to timer ved definitionen af ”et afgrænset tidsrum”, hvori overspisningen sker. En enkelt overspisningsepisode er ikke nødvendigvis begrænset til ét sted. Fx kan overspisningen begynde på en restaurant og fortsætte hjemme. Konstant småspiseri i løbet af dagen bliver ikke betragtet som overspisning i forbindelse med BED (Ibid., p. 351). For at der er tale om BED, skal en overdreven indtagelse af mad ledsages af

en følelse af kontroltab. Tab af kontrol ved indtagelse af mad viser sig ved en manglende evne til at afstå fra at spise og ved ikke at kunne stoppe med at spise, når spisningen er påbegyndt. Visse personer angiver, at deres overspisningsepisoder ikke er karakteriseret af en akut følelse af kontroltab, men af et mere generaliseret mønster af ukontrolleret spisning. Hvis personer angiver, at de ikke længere bestræber sig på at kontrollere deres indtagelse af mad, bør kontroltab stadig vurderes som værende til stede (Ibid.). Der ses en stor variation i den type mad, der indtages af personer med BED. Overspisning karakteriseres i højere grad af den abnorme mængde mad, der indtages, og ikke af en ”craving” for bestemte madvarer.

2.3 *Prævalens*

BED er den hyppigst forekommende spiseforstyrrelse, hvor livstidsprævalensen hos den generelle befolkning estimeres til at være 1,4 % (Amianto et al., 2015, p. 2; Citrome, 2015, p. 44; Davis, 2015, p. 523). Ved AN og BN ses et flertal af kvinder og piger, hvor der til forskel ikke ses den store afvigelse i prævalensen mellem køn ved BED (Davis, 2015, p. 523). De seneste tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at ca. 2 % af den voksne befolkning i Danmark har BED, hvoraf mænd udgør omtrent 1/3 (www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/spiseforstyrrelser). Studier har vist, at BED i højere grad forekommer hos voksne end hos unge (Davis, 2015, p. 523). BED forekommer ved en gennemsnitsalder på 21 år, hvilket er en senere debutalder, sammenlignet med AN og BN, hvor gennemsnitsalderen er 18 år (Citrome, 2015, p. 44).

2.4 *Komorbiditet*

Der ses både fysiske og psykiske komorbide lidelser ved BED. Af fysiske, komorbide lidelser ses især diabetes og stofskiftesygdomme. Disse lidelser kan i høj grad relateres til overvægt og fedme, der, som beskrevet tidligere, ofte er en konsekvens af BED (Davis, 2015, p. 524).

Der ses i flere studier en forekomst af psykisk komorbiditet ved BED (Davis, 2015, p. 524; Grilo, White & Masheb, 2009, p. 229; Myers & Wiman, 2014, p. 87; Norris et al., 2012, p. 408; Wilfley et al., 2000, p. 641; Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby & Engel, 2009, p. 691), og undersøgelser af sameksisterende diagnoser kan, ifølge

Grilo et al., bidrage til forståelsen af udviklingen af BED (Grilo et al., 2009, p. 228). Flere studier viser, at komorbiditet hos overvægtige personer med BED ikke kan forklares alene pga. af fedme, men at tilstedeværelsen af komorbide, psykiske lidelser er relateret til overspisning specifikt og ikke til graden af overvægt. Fedme alene er til sammenligning ikke associeret med en højere ratio af psykopatologi (Grilo et al., 2009, p. 228; Wonderlich et al., 2009, p. 691). Studier viser, at der ses en større forekomst af akse I og akse II-lidelser hos overvægtige personer med BED, end hos overvægtige personer uden BED (Wilfley et al., 2000, p. 641; Wonderlich et al., 2009, p. 641). Hos overvægtige personer med BED ses især en større forekomst af depression, panikanfald og bulimi end blandt overvægtige personer uden BED (Grilo et al., 2009, p. 228). De hyppigst forekommende komorbide lidelser ved BED er affektive-, angst- og afhængighedslidelser (Davis, 2015, p. 524; Grilo et al., 2009, p. 228; Wonderlich et al., 2009, p. 691), herunder især alkoholafhængighed, ludomani (Davis, 2015, p. 524) samt kokainmisbrug (Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch & Brownell, 1997, p. 52).

Overordnet ses en større forekomst af psykisk komorbiditet hos mænd med BED end hos kvinder med BED (Grilo et al., 2009, p. 229). Ydermere ses at mænd især i højere grad har akse I-lidelser (Tanofsky et al., 1997, p. 51), herunder OCD-lidelser (Myers & Wiman, 2014, p. 91) foruden stofmisbrug (Grilo et al., 2009, p. 229). Der er fundet højere rater af komorbiditet hos personer med BED, hvor overspisningen debuterer i barn- eller ungdommen, sammenlignet med personer med BED, hvor debuten finder sted i voksenalderen (Davis, 2015, p. 524).

2.5 Differentialdiagnostik

Under diagnosticering af BED er det vigtigt at være opmærksom på, at flere lidelser har symptomer tilfælles med denne spiseforstyrrelse, herunder BN, depressiv episode, bipolar lidelse og borderline personlighedsforstyrrelse (DSM-V, 2013, p. 352). BED har overspisningsepisoder tilfælles med BN, men lidelserne adskiller sig fra hinanden ved, at den uhensigtsmæssige kompensation, der eksisterer ved BN, ikke er en del af det kliniske billede ved BED. I modsætning til BN er personer med BED ligeledes ikke præget af markante og vedvarende kostbegrænsninger, designet til at påvirke kropsvægt og –form, mellem overspisningsperioderne (Ibid.).

Vægtøgning og øget appetit er kriterier, der er inkluderet i klassifikationen depressiv episode, og ses også ved kriterierne for atypiske depressions- og bipolare lidelser. Dog er et øget madindtag, ved affektive lidelser, ikke nødvendigvis associeret med kontroltab. Hvis alle kriterier for begge diagnoser opfyldes, bør begge diagnoser gives til den pågældende (Citrome, 2015, p. 47). Overspisning er inkluderet i kriteriet, der omhandler impulsiv adfærd, i diagnosen for borderline personlighedsforstyrrelse, og opfyldes alle kriterierne ved begge diagnoser, bør begge diagnoser gives (Ibid.).

2.6 Mænd og spiseforstyrrelser

Det faktum, at mænd også kan have en spiseforstyrrelse eller problematikker omkring body image, er områder, der er overset i forskningen ift. diagnosticering såvel som behandlingen af spiseforstyrrelser (Strother et al., 2012, p. 346). Tilbage i de tidlige fremstillinger af spiseforstyrrelser beskrives symptomerne ofte hos mænd, fx af Gull i 1860, men senere hen er det kvinder, der dominerer i beskrivelserne (Andersen, 2014, p. 7). Først i 1960 ses igen sporadiske, empiriske studier af mænd med spiseforstyrrelser (Ibid.).

Der eksisterer i samfundet, blandt normalbefolkningen såvel som blandt fagpersoner, bias om, at det kun er kvinder, der rammes af en spiseforstyrrelse på trods af, at det estimeres, at op mod 40 % af patienter med spiseforstyrrelser er hankøn (Andersen, 2014, p. 8; Ricciardelli & McCabe, 2015, pp. 492f), og at såvel incidens som prævalens af spiseforstyrrelser hos mænd er stigende (Strother et al., 2012, p. 347). I tråd med dette er kønsratioen mellem mænd og kvinder med BED estimeret til at være 1:3 (jf. afsnit 2.3), mens der, ifølge Möhl og Pritzel, endda er indikationer på, at mænd rammes hyppigere end kvinder (Möhl & Pritzel, 2013, p. 330).

Ifølge Murnen og Smolak udelades mænd fra den meste forskning inden for spiseforstyrrelsesdomænet grundet antagelsen om, at mænd sjældent rammes af spiseforstyrrelser (Murnen & Smolak, 2015, p. 353). Mænd udgør dermed bias for den statistiske sikkerhed, hvorfor de som oftest ekskluderes i empiriske undersøgelser (Andersen, 2014, p. 7; Reas & Stedal, 2015, p. 249; Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 492). Da spiseforstyrrelser kommer til udtryk anderledes hos

mænd (Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 492), er der risiko for, at eventuelle kønsforskelle ikke bliver identificeret og medtaget i overvejelserne ift. diagnosticering og behandling (Strother et al., 2012, p. 346).

Der er således flere indikationer på, at mænd uberettiget er ekskluderet fra en stor del af de mange teoretiseringer og studier om spiseforstyrrelser. Det kønsrettede stigma gælder særligt for AN, hvor fravær af menstruation fx er et eksplicit diagnosekriterium (Andersen, 2014, p. 5). Ligeledes er de fleste testredskaber til diagnosticering af spiseforstyrrelser normeret på baggrund af studier med kvinder (Darcy & Lin, 2012, p. 417; Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 492). At spiseforstyrrelser blandt læg- og fagpersoner er lidelser, som ”kun kvinder får”, er sandsynligvis også medvirkende til, at mange mænd ikke søger behandling (Dalglish & Nutt, 2013, p. 42).

Ifølge Tanofsky et al. er det kønsrettede stigma med til, at mænd, der har BED, oplever et større psykisk ubehag end kvinder (Tanofsky et al., 1997, p. 53). Dog kan dette muligvis også tilskrives, at mænd venter i længere tid med at opsøge behandling (Ibid.).

I forbindelse med det kønsrettede stigma om spiseforstyrrelser viser en interviewundersøgelse af Robinson, Munford og Sperlinger, at det sværeste for mænd, i denne sammenhæng, er at indrømme, at de *har* en spiseforstyrrelse (Robinson, Munford & Sperlinger, 2012, p. 180). I denne undersøgelse fortæller en mand, at det tog ham over ti år at indrømme det over for sig selv, da han, grundet det kønsrettede stigma, følte sig meget pinligt berørt. Ligeledes var dét at søge behandling en udfordring, da han opfattede sig selv som latterlig (Ibid., p. 178). Dette understøtter antagelsen om, at mænd venter i længere tid, før de opsøger hjælp, hvorfor de ofte er mere invaliderede af spiseforstyrrelsen og eventuelle komorbide tilstande, når de møder behandlingssystemet (Collier, 2013, p. 38). I tråd med dette beskriver Ricciardelli og McCabe, at mænd med spiseforstyrrelser ofte fejldiagnosticeres med fx depression, da der er en manglende indsigt i og forståelse af mænd med spiseforstyrrelser (Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 493). Mænd med spiseforstyrrelser er, som nævnt, en underdiagnosticeret, underbehandlet og misforstået population, og, ifølge Strother et al., er der en række områder, som bør afsøges, når kønsspecifikke variable, ift. mænd, undersøges. Dette er områder, der relaterer sig til biologiske, psykologiske og sociale faktorer, herunder fx

vægthistorie, komorbid afhængighed, pres fra medier m.fl., hvor kønsforskelle ofte findes (Strother et al., 2012, p. 347).

Opsamling

BED er en ny, diagnostisk kategori, der synes at have sin berettigelse, da diagnosen, trods ligheder, adskiller sig fra andre spiseforstyrrelser, misbrugslidelser, affektive lidelser m.fl. Lidelsen forekommer med en mere ligelig fordelt kønsratio, hvilket giver anledning til en undren om, hvorfor mænd ikke repræsenteres på lige fod med kvinder i forskningen. De aspekter, der adskiller mænd fra kvinder, kan muligvis have implikationer for forståelsen og behandlingen af BED hos mænd, hvorfor det er nødvendigt at opnå en større viden om årsager til lidelsen, og hvordan den kommer til udtryk hos mænd.

Kapitel 3. Ætiologi ved BED

Spiseforstyrrelser forstås i litteraturen oftest som forårsaget af et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Ifølge Polivy og Herman er de biopsykosociale modeller de mest integrative og mest lovende tilgange ift. at forklare årsager til overspisning (Polivy & Herman, 1993, p. 197). Via vores litteratursøgning og gennemgang af denne om årsager til BED, har vi fundet en række gennemgående faktorer, der er blevet belyst i forskningen. De fleste faktorer, vi har fundet, er primært anskuet ud fra en integrativ forståelse af det givne fænomen. For at skabe overblik og systematik i vores gennemgang, har vi, trods dette, valgt at kategorisere faktorerne i hhv. biologiske, psykologiske og sociale forståelsesrammer vel vidende, at dette kan forekomme reduktionistisk eller kunstigt. Gennemgangen nedenfor har dog ikke til formål at udpege visse faktorer som mere essentielle end andre. Det er vigtigt at holde for øje, at alle faktorerne, præsenteret under de tre forståelsesrammer, biologiske, psykologiske og sociale, i sig selv kan forstås ud fra en multifaktoriel tilgang.

Ætiologiske forhold ved spiseforstyrrelser kan være svære at adskille fra vedligeholdende forhold eller forhold, der er opstået som en konsekvens af spiseforstyrrelsen. Dette skyldes, at de implicerede faktorer i en spiseforstyrrelse kan være årsager til lidelsen, men ligeledes vedligeholdende faktorer eller konsekvenser af lidelsen (Fairburn, Hay & Welch, 1993, p. 136). Vi vil derfor forsøge at nuancere beskrivelserne, trods disse inddelinger.

3.1 Biologiske faktorer

I dette afsnit vil der blive gennemgået litteratur, der belyser biologiske faktorer ved ætiologien ved BED. De faktorer, der vil blive belyst, er hhv. arvelighed, afhængighed samt neurologiske faktorer.

3.1.1 Arvelighed

I flere studier søges ætiologien ved BED klarlagt gennem undersøgelse af biologiske forhold, hvor fokus er på områder som genetik (Davis, 2015) og neurobiologi (Brownley et al., 2015; Citrome, 2015). Hertil er forskere enige om, at både

genetiske faktorer, i samspil med miljømæssige stressorer, spiller en væsentlig rolle i udviklingen af BED (Citrome, 2015, p. 46; Davis, 2015, p. 525). Wonderlich forklarer, i tråd med denne anskuelse, at BED, på baggrund af flere studier, viser sig som noget, der overføres mellem familiemedlemmer, og derved dels reflekterer en genetisk indflydelse (Wonderlich, 2009, p. 697). Reichborn-Kjennerud et al. estimerer, på baggrund af tvillingestudier, at arveligheden af overspisning er 51 % hos begge køn (Reichborn-Kjennerud et al., 2003, p. 200). Hertil forklares, at mænd og kvinder, kun med enkelte forskelle, overordnet besidder samme genetiske faktorer, der har indflydelse på overspisningsadfærd. Forskelle kan være knyttet til det faktum, at påvirkningen af kønshormonerne er forskellig hos mænd og kvinder. En del af de genetiske risikofaktorer, i forbindelse med overspisning hos kvinder, kan afspejle en følsomhed over for de påvirkninger, der sker på baggrund af hormonale ændringer relateret til menstruationscyklus. Disse gener er fx ikke til stede hos mænd (Ibid.).

3.1.2 Afhængighed

Forskning i genetiske og neurobiologiske faktorer ved BED beskrives i flere reviews som værende mangelfuld (Brownley et al., 2015, p.10; Davis, 2015, p. 526). På baggrund af den eksisterende forskning indikeres det dog, at ætiologien ved BED både involverer gener for dopamin- og opioid baner i hjernen (Brownley et al., 2015, p. 11; Davis, 2015, p. 526; Smith & Robbins, 2013, p. 804). *Dopamin* er et signalstof i hjernen (neurotransmitter), der formodes at være underliggende den positive forstærkning af stimuli, som medfører indre belønning og betingning (Smith & Robbins, 2012, p. 806). *Opiodemekanismer* defineres som systemer i striatum, der reagerer på *opiater*, som er stoffer med en morfinlignende effekt (Rosenberg, 2010, p. 236; Smith & Robbins, 2013, p. 805). Visse dopaminreceptorgener har vist sig at være stærkt associeret med afhængighed, hvor polymorfier¹ af disse gener ses ved flere typer af impulsafhængigheds- og kompulsive lidelser, herunder bl.a. BED. Ligeledes har opioidsystemet også vist sig som en del af belønningsreguleringen og er kendt for at fremme spiseadfærd ved at fremhæve de hedoniske (lystbetonede) egenskaber af velsmagende eller tiltalende madtyper (Davis, 2015, pp. 525f). Flere

¹ Genetisk variation hvor der, i modsætning til en mutation, er fundet en ændring med en frekvens på mere end 1 % i befolkningen (Mors, 2010, p. 667).

studier viser funktionelle polymorfier af generne for dopamintransportere og –receptorer samt opioidsignaler, hvilket tyder på, at udviklingen af BED kan være påvirket af faktorer som: ”vil have mad” (medieret af dopamin signalering) og ”kan lide mad” (medieret af opioide receptor signalering) (Brownley et al., 2015, p. 11; Citrome, 2015, p. 46). Det forklares i studier, at der ses en dysregulering i flere neurotransmittersystemer i forbindelse med mad som belønning (eng. food reward) og ved afhængighed. Studierne viser, at overspisningsadfærd kan være forment af gentagne præsentationer af meget velsmagende mad gennem disse opioide- og dopaminmedierede baner (Brownley et al., 2015, p. 11). Dopamin- og opioidebanerne påvirkes i høj grad på samme måde af mad som af stoffer og alkohol (eng. substance). De personer, der er i risiko for udvikling af stof- eller madafhængighed, viser en nedsat tilgængelighed i dopaminreceptorerne, som muligvis er med til at skabe en øget følsomhed over for belønningsegenskaberne af nydelsesstimuli (Smith & Robbins, 2013, p. 804).

Det er påvist, at der hos personer med BED, som bliver præsenteret for mad, sker en større frigivelse af dopamin end hos personer uden BED (Mole et al., 2015, p. 772). I relation til de overlap, der ses ved stofafhængighed og BED, viser dyrestudier de samme abstinenser ved ophør eller tilbageholdelse af opium som ved sukker (Smith & Robbins, 2013, p. 805).

Arvelige sårbarhedsfaktorer interagerer med miljømæssige og kulturelle påvirkninger og fremmer derved utilpasset adfærd og efterfølgende patologi (Davis, 2015, p. 525). Hertil viser forskning, at visse fødevarer, såsom forarbejdede madvarer med højt indhold af sukker, salt og fedt, har et afhængighedspotentiale sammenligneligt med andre koncentrerede og forarbejdede substanser som fx alkohol og kokain (Ibid.). Noget tyder på, at det især er hos mænd, at disse sårbarhedsfaktorer agerer med dette afhængighedspotentiale ved visse madtyper, da mænd, til forskel fra kvinder, i højere grad er disponeret for og udviser afhængighed (Barry, Grilo & Masheb, 2002, p. 63; Tanofsky et al., 1997, p. 49). En øget præference for kalorierige madvarer kan altså øge risikoen for udvikling af overspisning hos personer med denne prædisponering (Davis, 2015, p. 525). Davis forklarer ligeledes, at risikoen for kompulsiv overspisning også kan forstås som en stærk respons til de hedoniske egenskaber af visse madvarer samt en øget præference for fedt- og sukkerholdige fødevarer (Ibid., p. 526). Disse træk har før i tiden været

tilpasset et miljø, der til tider var karakteriseret ved begrænsede energiressourcer. Disse træk er dog i uoverensstemmelse med det samfund og miljø, mennesker lever i idag, hvor der er en overflødighed af velsmagende, kalorierholdig og ernæringsfattig mad (Ibid.).

Overspisning og misbrug har mange fælles træk, da begge typer adfærd involverer kontroltab over egen adfærd, anvendes til at regulere emotioner, samt er med til at øge dopaminaktiviteten i det limbiske system (Farstad et al., 2015, p. 805).

3.1.3 Neurologiske faktorer

Jf. afsnit 2.2 er kontroltab et hovedelement i diagnosekriterierne for BED. Forskning viser, at personer med BED har en nedsat evne til at rekruttere (eng. recruit) områder i hjernen relateret til impuls kontrol. En undersøgelse viser, at hjerneaktiviteten, hos personer med BED, er differentieret af hyperaktivitet i områder af hjernen omhandlende selvregulering og impuls kontrol, og at personer med BED derfor har nedsat evne til at styre de impuls kontrolrelaterede områder i hjernen (Citrome, 2015, p. 46). Impulsivitet er stærkt tilknyttet lidelser af afhængighedskarakter (Mole et al., 2015, p. 771; Smith & Robbins, 2013, p. 808), og, ifølge Mole et al., tyder det på, at personer med BED udviser mere fremtrædende impulsivitet end overvægtige personer uden BED (Mole et al., 2015, p. 772).

I forbindelse med at kortlægge BED neurologisk er der kun få studier, der undersøger hjernefunktioner. På baggrund af den eksisterende forskning på området, er der ikke sikkerhed nok omkring, hvorvidt hjerneaktivitet i visse områder af hjernen er relateret til overspisning eller fedme (Wonderlich et al., 2009, p. 698). Af de foreliggende studier er der ikke angivet nogen undersøgelser, der tager højde for eller undersøger kønsforskelle i hjernefunktioner ved BED.

Opsamling af biologiske faktorer

På baggrund af ovenstående gennemgang ses evidens for, at BED til en vis grad er biologisk nedarvet, og at der ikke rent genetisk findes store kønsforskelle. Der ses flere ligheder mellem BED og afhængighedslidelser både ift. impulsivitet og dopamin- samt opioidbaner i hjernen. Hertil ses, at personer, der er i risiko for mad- eller stofafhængighed, har nedsat tilgængelighed i dopaminreceptorene. Da mænd i

højere grad er disponeret for afhængighedslidelser, er der noget, der tyder på, at mænd er mere følsomme over for overspisning i forbindelse med indtagelse af eller stimuli fra forarbejdede madvarer med et påvist afhængighedspotentiale. Neurologisk set er der noget, der tyder på, at personer med BED har forringet evne til at rekruttere impuls kontrolrelaterede områder i hjernen.

3.2 Psykologiske faktorer

I dette afsnit vil der blive gennemgået litteratur, der belyser psykologiske faktorer om ætiologien ved BED. De faktorer, der vil blive belyst, er hhv. kropsopfattelse, emotioner, personlighedstræk og kognitive processer.

3.2.1 Kropsopfattelse

Herunder beskrives forskellige aspekter ved opfattelsen af kroppen, der kan disponere til udviklingen af BED.

3.2.1.1 Body image og kropstilfredshed

Til forskel fra AN og BN er forstyrrelser i body image ikke et diagnostisk kriterium ved BED. Dog er det fundet, at omtrent 60 % af personer med BED har et negativt body image (Amianto et al., 2015, p. 14; Hrabosky, 2011, p. 298) samt tilskriver vægt og figur en større betydning end kontrolgrupper. Det diskuteres derfor i forskningen, hvorvidt et negativt body image bør indlemmes i de diagnostiske kriterier (Ahrberg, Trojca, Nasarawi & Vocks, 2011, p. 378; Cuzzolaro, Donini, Bellini & Santomassimo, 2008, p. 303).

Body image defineres som det billede af egen krop, der formes i sindet, som skal forstås som måden hvorpå, kroppen fremstår for personen. Body image er en multifacetteret konstruktion, der rummer perceptuelle, kognitive, emotionelle, relationelle samt adfærdsmæssige komponenter (Cuzzolaro et al., 2008, p. 291). Disse forskellige komponenter i body image påvirker hinanden. Fx viser et studie med kvinder, at en forstyrret kognitiv-affektiv dimension manifesterer sig i et mere dysfunktionelt adfærdsmæssigt mønster (Reas, White & Grilo, 2006, p. 329).

Body image udvikles gennem hele livet, da kroppen er i konstant forandring. De største ændringer med kroppen sker i overgangen fra barn til voksen, hvorfor særligt

tanker og følelser om kroppen i teenageårene er vigtige (Dakanalis et al., 2015, p. 998). Personer, der oplever et klinisk signifikant ubehag grundet body image, har et *negativt* body image. Personens evaluering af egen krop manifesteres i form af kropsutilfredshed samt en overdreven tilskrivelse af *vigtigheden* af vægt og figur for personens selvværd (Hrabosky, 2011, p. 297). Vigtigheden adskiller sig fra graden af tilfreds- eller utilfredshed med kroppen. Det vil sige, at en person kan være utilfreds med sin krop, men er vigtigheden af figur og vægt ikke overdreven, manifesterer utilfredsheden sig ikke nødvendigvis som en spiseforstyrrelse (Ibid.). Kropsutilfredsheden, der konsolideres i et negativt body image, kan skyldes objektive anormaliteter såsom overvægt, men den kan også skyldes subjektive og indbildte anormaliteter, der kan være af mere æstetisk karakter, som der fx ses ved AN og BN (Cuzzolaro et al., 2008, p. 291). I tråd med dette er det perceptuelle aspekt af body image mere forvrænget i AN og BN, hvor personer med disse lidelser i høj grad overestimerer deres kropsstørrelse. Personer med BED kan således ofte estimere deres kropsstørrelse korrekt, og utilfredsheden er relateret til objektive frem for subjektive anormaliteter (Ahrberg et al., 2011, p. 377).

Utilfredshed med egen krop, og vigtigheden af denne for personen, er fundet påvirket hos personer med BED, herunder specielt det kognitivt-affektive aspekt (Ahrberg et al., 2011, p. 378; Reas et al., 2005, p. 342). Studier viser, at en overdreven tilskrivelse af vigtigheden af krop og vægt ikke er relateret til overvægt og BMI. Derimod er det et symptom, der er helt særligt for spiseforstyrrelser, herunder også BED, mens utilfredshed med kroppen, og misbehag ved synet af denne, både ses hos overvægtige personer med og uden BED (Ahrberg et al., 2011, p. 378).

Studier viser, at kvinder og piger, i større udstrækning end mænd og drenge, er utilfredse med deres udseende og body image (Barry et al., 2002, p. 67; Calzo et al., 2015, p. 1217; Cuzzolaro et al., 2008, p. 292; Grilo & Masheb, 2005, p. 164; Roehrig et al., 2009, p. 693; Shingleton, Thompson, Pratt & Franko, 2015, p. 384; Striegel-Moore et al., 2009, p. 471; Vincent & McCabe, 2000, p. 217). Ricciardelli og McCabe beskriver dog fund i forskning med drenge, der relaterer forstyrret spisning til bekymring vedrørende body image (Ricciardelli & McCabe, 2011, p. 89), foruden andre studier viser, at overvægtige mænd er mere utilfredse med deres udseende end

normalvægtige mænd (Calzo et al., 2015, p. 1217). Dette kan ses som indikation på, at drenge og mænd ligeledes kan opleve problematikker relateret til body image.

Utilfredshed med kroppen er, i visse tilfælde, relateret til øget risiko for udvikling af en spiseforstyrrelse (Dakanalis et al., 2015, p. 998). Det ses i et studie, at utilfredshed med egen krop hos kvinder, og i mindre grad hos mænd, leder til negativ affekt, restriktiv spisning og derigennem til overspisning. Samme studie finder en direkte og mere signifikant relation mellem utilfredshed med egen krop og overspisning hos mænd (Womble et al., 2001, p. 220).

Den adfærdsmæssige manifestation af forstyrret body image er fundet påvirket hos personer med BED i form af optagethed af kroppen, undgåelsesadfærd (fx at undgå stramtsiddende tøj) og *body-checking* (eng.) (fx at knibe sig i maveskindet) (Ahrberg et al., 2011, p. 377; Reas, Grilo, Masheb & Wilson, 2005, p. 342). Denne adfærdskomponent er fundet påvirket i større grad hos overvægtige kvinder med BED kontra overvægtige mænd med BED i ét studie (Striegel-Moore et al., 2009, p. 473). Hertil viser et andet studie, at der ingen kønsforskelle er i body-checking, men at kvinder med BED har en større grad af undgåelsesadfærd (Reas et al., 2005, p. 345).

Nogle studier peger på, at et negativt body image hos kvinder med BED relaterer sig til vægt- og kropsrelateret mobning i barndommen, mens det for mænd er relateret til BMI (Grilo & Masheb, 2005, p. 165).

3.2.1.2 Vægt og vægtregulerende adfærd

Dette afsnit omhandler den mulige rolle, som vægt og vægtregulerende adfærd spiller i årsager til BED. Slankekure ansues som interventioner mod overvægt, hvorfor dette afsnit også kunne være berettiget i kapitel 4 om interventioner. Vi har imidlertid fundet det relevant at placere afsnittet i dette kapitel, da slankekure, tidlig overvægt og store vægtudsving ofte beskrives hos overvægtige personer med BED og ligeledes er impliceret både i ætiologien og vedligeholdelsen af overspisningsadfærden (Roehrig et al., 2009, p. 689; Spitzer et al., 1992, p. 202; 1993, p. 143, p. 146; Spurrell, Wilfley, Tanofsky & Brownell, 1997, p. 62).

Ifølge Strother et al. er en væsentlig kønsforskel ved spiseforstyrrelser, at mænd ofte har en historie med overvægt, der går forud for udviklingen af en spiseforstyrrelse, hvor kvinder i højere grad har en *følelse* af at være overvægtig, men som ikke, objektivt, nødvendigvis har været det (Strother et al., 2012, p. 347). Mange personer med BED beretter, at de har været på slankekure det meste af deres liv, og flere af de personer, der overspiser, rapporterer om en opgivenhed over for diæter (Marcus, 1993, p. 83). Et andet studie viser, at kvinder i større grad end mænd går på slankekure, og at denne gruppe har større kropsutilfredshed end gruppen, der har færre slankekure bag sig (Cuzzolaro et al., 2008, p. 292; Roehrig et al., 2009, p. 693). Tillige viser flere studier, at mænd og kvinder med BED ikke adskiller sig signifikant fra hinanden vedrørende alder ved overvægtens start, alder for første slankekure, alder for første overspisningsepisode samt antallet af vægtsyklusser (perioder med store vægtudsving) (Barry et al., 2002, p. 67; Grilo & Masheb, 2005, p. 164).

I *diætmodellen* illustreres, hvorledes slankekure bidrager til eller medfører overspisning. I nogle studier foreslås det af forskere, at de, der er på diæt, generelt har lavere selvværd og er utilfredse med egen krop. Personerne bruger diæten til at forbedre sig selv, men oplever konsekvenserne ved restriktiv spising såsom sult, frustration og mindre sensitivitet over for indre signaler (fx mæthed). Alt dette medfører overspisning, og gennem en negativ spiral vil kronisk overspisning udvikle sig (Polivy & Herman, 1993, p. 194).

I *den betingede model* (eng. conditioning model) skaber konsumerings af ”forbudt” mad, under forsøg på afholdenhed, en betinget respons for cravinger af denne type mad og medfører en følelse af kontroltab. Følelsesmæssige triggere bliver betingede stimuli ved disse cravinger, og gentagne episoder som disse kan medføre en øget mængde af den mad, der indtages (Ibid., p. 191).

Der findes i studier forskellige resultater ift., om forsøg med slankekure går forud for BED eller omvendt (Roehrig et al., 2009, p. 689; Spitzer et al., 1993, p. 143; Spurrell et al., 1997, p. 59). Hos de personer, hvor overspisning går forud for slankekure, ses i nogle studier en tidligere debutalder for BED, foruden at denne gruppe ligeledes har flere komorbide lidelser, herunder akse II-lidelser (Spurrell et al., 1997, p. 61).

3.2.2 Emotionelle aspekter

Der er bred enighed blandt forskere om, at overspisning har en funktion i form af nedregulering af negative følelsestilstande, herunder fx angst, tristhed, ensomhed, træthed, vrede og frygt (Ferriter & Ray, 2011, p. 104; Fox, Msetfi, Johnson & Haigh, 2015, p. 6; Heatherton & Baumeister, 1991, p. 89). Der er et utal af teoretiseringer omkring præcis hvordan og hvorfor, dette forekommer. Fx argumenteres der i et studie for, at overspisning i BED kan anses som et nedbrud i emotions- og impuls kontrol som følge af pludselig øget negativ affekt eller pludselig reduktion af positiv affekt (Amianto et al., 2015, p. 14). I andre studier beskrives undgåelse af negative emotioner som en *copingstrategi*, hvor personerne med BED, i disse studier, har en mere undgående copingstil sammenlignet med personerne, der ikke overspiser (Ferriter & Ray, 2011, p. 102). Andre studier viser endvidere en forbindelse mellem BED og aleksitymi (Amianto et al., 2015, p. 2).

Selvregulering beskrives som evnen til at regulere emotioner og impulser. Fischer og Munsch henfører deficits i selvregulering til overspisning og beskriver fire teoretiske tilgange til selvregulering via overspisning: teorien om beherskelse (eng. restraint), flugtteorien (eng. escape), forventningsteorien samt affektreguleringsteorien (Fischer & Munsch, 2012, p. 2). Teorierne afbildedes grafisk nedenfor:

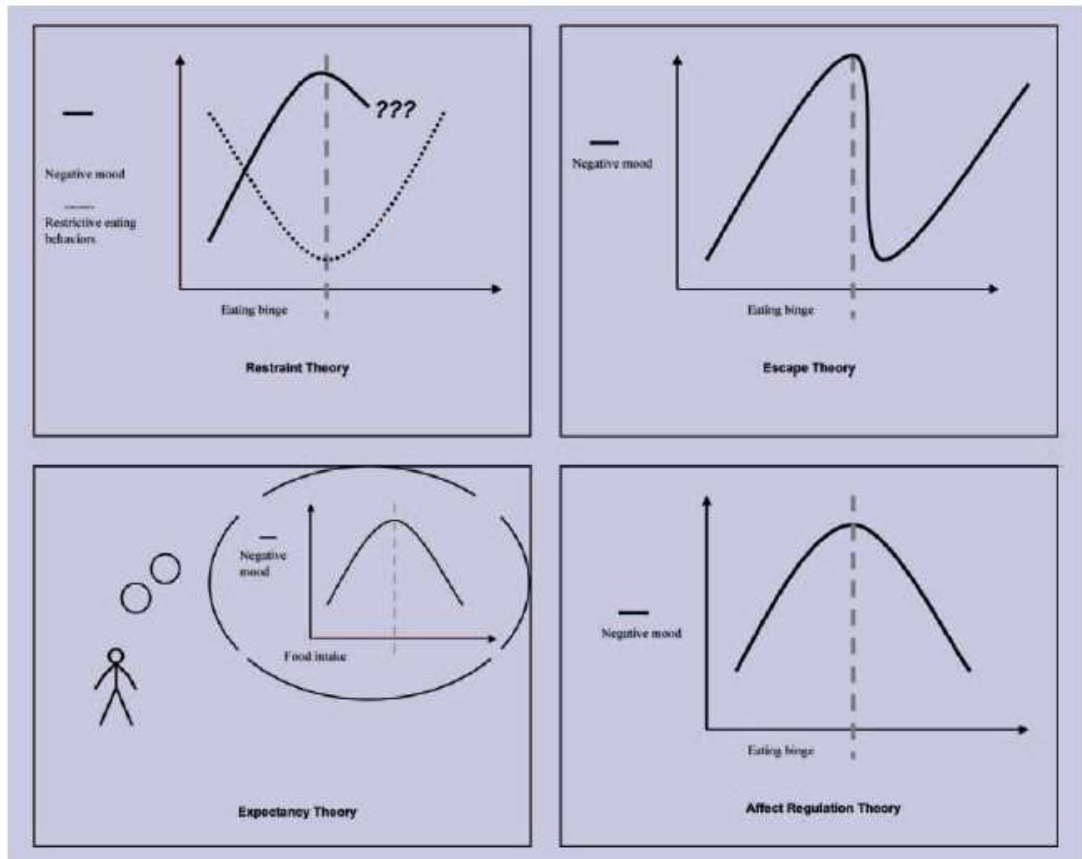


Fig. 1 Kilde: Fischer og Munsch (2012, p. 3)

Teorien om beherskelse handler om, at restriktiv spising og relateret kognitiv kontrol afbrydes af negativ affekt, der leder til overspisning (Ibid., p. 3).

I *flugtteorien* forstås overspisning som en flugt fra en negativ perception af selvet (Polivy & Herman, 1993, p. 194). Personer, der overspiser, anses i denne teori, som personer, der har høje forventninger til sig selv, har en dominerende, men afvigende selvbevidsthed, og er præget af negativ affekt og kognitiv afgrænsning (eng. cognitive narrowing) (Heatherton & Baumeister, 1991, p. 89). Ifølge Heatherton og Baumeister er det centrale i flugtteorien, at overspisning er et forsøg på at undslippe en selvbevidsthed hos personen om egne fejl og mangler, som medfører en tilstand præget af negativ affekt såsom angst og depression (Ibid.). Det er selve perceptionen af emotionerne som afvigende eller truende, end det er tilstedeværelsen af emotionerne her og nu, som overspisningen omhandler, hvorfor flugtbegrebet henfører til undertrykkelse og som følge heraf mindre emotionel reaktivitet, mere kognitiv overbelastning og mere problematisk spiseadfærd (Fox et al., 2015, p. 2). Denne kognitive afgrænsning, hvor personen flytter sin opmærksomhed fra selvet og over på det konkrete og afgrænsede, maden, er en meget konkret måde at håndtere

ubehag. Det ses i et studie, at mindre emotionel reaktivitet hænger sammen med mere problematisk overspisningsadfærd (Ibid., p. 6). Samme studie finder også, at reducerede (undertrykte) emotionelle reaktioner medierer perceptionen af truslen fra frygt og overspisning. I andre studier afvises denne teori, da personer, der rapporterer om overspisning, ikke oplever, at overspisningen reducerer negativ affekt under overspisningen (Fischer & Munsch, 2012, p. 4).

I *forventningsteorien* beskrives overspisning som en determineret respons grundet negativ forstærkning, herunder forventninger om, at overspisning vil reducere eller eliminere de negative emotioner, personen oplever (Ferriter & Ray, 2011, p. 103; Fischer & Munsch, 2012, p. 3). Studier har, ifølge Ferriter og Ray, fundet en association mellem denne anskuelse og overspisning, men også alkoholmisbrug (Ferriter & Ray, 2011, p. 103).

I *affektreguleringsteorien* beskæftiger forskere sig med, hvordan overspisning kan ses som en måde at reducere øgede negative emotioner eller stress på (Fischer & Munsch, 2012, p. 3). Studier har både be- og afkræftet denne teori, da personer, i nogle studier, rapporterer om fald i negativ affekt efter overspisning og andre om en stigning (Ibid., p. 4). Nyere forståelser af BED som affektregulering relateres til tilknytningsteorier. Her anses utryg tilknytning som relateret til en nedsat evne til adaptiv affektregulering, mentalisering samt problematiske interpersonelle relationer. Der er muligvis en sammenhæng mellem personer, der har en utryg tilknytning og personer, der affektregulerer gennem overspisning (Tasca & Balfour, 2014, p. 713). Studier viser, at forekomsten af utryg tilknytning, herunder usikker og ængstelig tilknytning, er stor blandt personer med BED (Ibid., p. 712).

Flere studier viser, at kvinder, i højere grad end mænd, med BED rapporterer om overspisning som følge af negative emotioner, særligt angst, vrede, frustration og depression (Tanofsky et al., 1997, p. 53; Womble et al., 2001, p. 220). Dog finder forskere i et studie, at mænd med BED, i samme grad som kvinder, rapporterer om overspisning som følge af emotionelle tilstande (Masheb & Grilo, 2006, p. 145). Der er mulighed for, at dette underrapporteres af mænd enten som følge af en manglende bevidsthed om denne forbindelse, eller fordi stigmatisering om mænd, følelser og

spiseforstyrrelser bevirker, at mænd ikke vil forbindes med dette (Tanofsky et al., 1997, 53).

Skam er en central følelse hos personer med BED, hvilket begrundes med, at stigmatisering af overvægtige personer fører til negative attituder over for overvægt. Hos de overvægtige personer fører dette til negative attituder over for dem selv, hvilket medfører skam over egen overvægt (Jambekar, Masheb & Grilo, 2003, p. 571). I et studie undersøges det, hvordan skam kommer til udtryk hos mænd og kvinder med BED, og her ses ingen forskel i tilstedeværelsen og graden af skamfølelse i relation til BMI eller antal overspisningsepisoder. Bekymring om krop, vægt, afholdenhed fra mad og kropstilfredshed korrelerer derimod med skam på tværs af køn (Ibid., p. 573). Der ses kønsforskelle i studiet, hvor skam hos kvinder relaterer sig til bekymringer om vægt, mens det for mænd relaterer sig til i hvilken grad, de føler sig utilfredse med deres krop. Dette henføres i studiet til, at kvinder, i højere grad end mænd, overvurderer betydningen af et konkret tal på vægten, mens den ydre fremtoning er vigtigere for mænd (Ibid., p. 575).

3.2.3 Personlighedstræk

Den prædisponerende model er en kausal model, der kan anvendes i forståelsen af personlighedstræk, hvor disse ses som risikofaktorer for at udvikle en spiseforstyrrelse på et tidspunkt i livet (Lavender, Young & Wonderlich, 2015, p. 418). I andre modeller (fx den patoplastiske model eller spektrummodellen) understreges ikke den prospektive natur mellem personlighedstræk og spiseforstyrrelser, hvormed der menes, at personlighedstræk stadig har en central betydning i forståelsen af spiseforstyrrelsen, men trækket behøver ikke at have været til stede før lidelsen (Ibid., p. 419).

Der er i flere studier fundet en sammenhæng mellem personlighedstrækket neuroticisme og symptomer på spiseforstyrrelser, herunder overspisning og BED (Cuzzocrea, Larcán & Lanzarone, 2012, p. 288; Dahl et al. 2012, p. 144; Ferriter & Ray, 2011, p. 101; Lavender et al., 2015, p. 420; Polivy & Herman, 1993, p. 177; Womble et al., 2001, p. 220). *Neuroticisme* omhandler tendensen til at opleve negativ affekt, herunder angst og depression (Ferriter & Ray, 2011, p. 101). Et studie viser, at neuroticisme er et unikt korrelat for utilfredshed med egen krop samt

perfektionisme hos drenge. Impulsregulering er hos begge køn påvirket af neuroticisme og psykoticisme (Cuzzocrea et al., 2012, p. 287). Andre studier viser sammenhænge mellem symptomer på personlighedsforstyrrelser og senere udvikling af overspisning (Lavender et al., 2015, p. 420).

Et studie af Claes et al. viser, at den spiseforstyrrede patologi, hos mænd med forskellige spiseforstyrrelser, er relateret til et højt niveau af *harm avoidance* (eng.), der henfører til undgåelse af negativ affekt, samt lave niveauer af *self-directedness* (eng.), der henfører til en manglende evne til at kontrollere og regulere egen adfærd for at opnå et selvvalgt mål (Claes et al., 2012, p. 399; p. 401).

Perfektionisme er ligeledes fundet at hænge sammen med udviklingen af BED (Cassin & Ranson, 2005, p. 897). Hertil eksisterer der teorier om, at en høj grad af perfektionisme, i samspil med udtalt kropsutilfredshed og lavt selvværd, for drenge kan være prædiktiv for udviklingen af overspisning (Minnich, Gordon, Holm-Denoma & Troope-Gordon, 2014, pp. 627f).

Sensation-seeking (eng.) er et træk, der gennemgående ses hos personer med BED eller andre spiseforstyrrelser. *Sensation-seeking* bliver defineret som behovet for varierede og komplekse sanseindtryk (eng. sensations) samt oplevelser, foruden villighed til at påtage sig de fysiske og sociale risici for at opnå disse oplevelser (Cassin & Ranson, 2005, p. 898).

Mason og Lewis foreslår, på baggrund af et empirisk studie, at impulsivitet kan ses som en mulig prædiktør for fremtidig udvikling af overspisning (Mason & Lewis, 2015, p. 154). *Impulsivitet* er et aspekt af selvkontrol og kan beskrives som tendensen til at handle hurtigt, uden omtanke og uden hensyntagen til de negative konsekvenser, samt som en reduceret evne til at tilbageholde en adfærd, når afholdenhed er den mest passende eller adaptive respons (Voon, 2015, p. 567). Det ses i flere studier, at personer med BED i høj grad er impulsive (Farstad et al., 2015, p. 809; Ferriter & Ray, 2011, p. 101; Mason & Lewis, 2015, p. 153; Voon, 2015, pp. 567ff). Ligeledes ses i et studie, at impulsivitet, hos forsøgsdeltagere af begge køn, er relateret til skam over egen krop, negativ affekt samt madrelaterede kognitioner, men ikke overspisning direkte (Mason & Lewis, 2015, p. 154). Særligt gældende for mænd med BED, finder forskerne i dette studie, at madrelaterede kognitioner er det, der ultimativt medierer forholdet mellem negativ affekt, restriktiv spisning og skam

over egen krop, hvilket ikke ses hos kvinder. Kognitioner om mad og manglende impuls kontrol kan, ifølge Mason og Lewis, være det, der kan forklare, hvorfor impulsive personer begynder at overspise (Ibid.).

Müller et al. konkluderer i et studie, at personer, der overspiser, mangler evnen til selvregulering. *Selvregulering* udgør evnen til at opnå aktiv kontrol over reaktiv adfærd samt emotionelle problemer (Müller et al., 2012, p. 94). Personer, der overspiser, oplever derfor i mindre grad at have kontrol over egen adfærd, hvilket menes at kunne forværre impulsive tendenser (Ibid.).

Farstad et al. finder, at *negative urgency* (eng.) er et træk, som både ses hos personer med BED og ludomani. *Negative urgency* beskrives som tendensen til at igangsætte en impulsiv handling grundet stærke, negative emotioner (Farstad et al., 2015, p. 809). Blandt mænd hænger øget negative urgency sammen med øget patologi i symptomer på både BED og ludomani, hvilket ikke ses hos kvinder. Det konkluderes i dette studie, at sygdomsspecifikke personlighedsprædiktorer, som mangel på vedholdenhed og øget negative urgency, kun er prædiktiv for BED hos mænd (Ibid., p. 810).

3.2.4 Kognitive processer

De kognitive processer, der bl.a. præger personer med BED, er muligvis grundlagt før udviklingen af BED og kan dermed potentielt repræsentere en årsag til lidelsen. Disse præsenteres som endofænotyper, der medierer hjernefunktioner og adfærd (Voon, 2015, p. 566).

I et review af Voon fremlægges flere studier, der viser, at den eksekutive funktion, *set-shifting* (eng.), er hæmmet hos personer med BED. *Set-shifting* omhandler evnen til at flytte opmærksomheden mellem forskellige opgaver. Evnen til set-shifting er muligvis påvirket af både BMI og BED, da studier viser ensartede vanskeligheder blandt overvægtige personer med og uden BED. Dog ses flere vanskeligheder hos BED-gruppen end kontrolgruppen, hvis BMI for begge grupper er lavere (Voon, 2015, p. 570). Andre studier relaterer ligeledes BED til en mere kompulsiv adfærd, fordi personer med BED tenderer til at agere efter vane frem for at have en mere målorienteret adfærd (Ibid.).

Voon beskriver yderligere studier, der viser, at overvægtige personer med BED er mere udforskende i situationer, forbundet med risiko for tab, end overvægtige kontrolpersoner (Ibid.). Derudover er der studier, hvori der henføres til, at personer med BED er mere modtagelige over for forstyrrelser i arbejdshukommelsen, har flere opmærksomheds- og hukommelsesbias samt en påvirket selvregulering over for fremtrædende madsignaler (Ibid., p. 571).

Et studie af Barnes, Masheb og Grilo viser, at forsøg på at undertrykke tanker om mad resulterer i en øgning af madrelaterede tanker uanset deltagernes vægt, samt et øget madindtag hos overvægtige og fede personer på slankekur, men ikke hos normalvægtige på kur. I forbindelse med undertrykkelse af tanker om mad viser andre studier, at denne tankeundertrykkelse kan være under indflydelse af flere faktorer, herunder personens vægt og *dieting status* (eng.) (Barnes, Masheb & Grilo, 2011, p. 272). Barnes et al. finder, at hyppigheden af overspisningsepisoder stiger for kvinder med BED, der i højere grad forsøger at undertrykke kognitioner om mad, mens det for mænd med BED gælder, at forsøg på undertrykkelse af kognitioner om mad medfører færre overspisningsepisoder (Ibid., p. 274).

Dikotom tænkning er endnu et kognitivt aspekt, der bl.a. henføres til overspisning. Dikotom tænkning medfører et dikotomt spisemønster, hvor personen enten sulter eller propper sig (Polivy & Herman, 1993, p. 177). Disse personer tenderer til at have en sort/hvid opfattelse af situationer, og de benytter et fejlagtigt ræsonnement samt kognitive forvrængninger til irrationelt at dømme sig selv (Ibid.). Ved indtagelse af mad opstår yderligere negative tanker om mad og det at spise. Personer, der ikke overspiser og er på kur, er dog også tilbøjelige til at tænke irrationelt om mad og spisning. Grundet dette virker det, ifølge Polivy og Herman, til, at folk, der generelt er på kur, er tilbøjelige til hæmmet spisning eller overspisning, når de oplever, at de har brudt deres kur. Hos de personer, der oplever den dikotome tænkning, kan indtagelse, eller blot tanker om den førømtalte forbudte mad, lede til kontroltab og overspisning (Ibid., p. 182).

Opsamling af psykologiske faktorer

Som det illustreres ovenfor, er der flere psykologiske faktorer, som er fundet fremherskende hos personer med BED. Forstyrret body image er ikke et diagnostisk

kriterie ved BED, men er fundet påvirket hos en stor andel af personer med BED. Overspisning anvendes af personer som metode til emotionsregulering, hvor særligt negative, emotionelle tilstande søges reguleret. Dog medfører overspisningen også negative emotioner, fx skam. Mange personer har forud for udviklingen af BED forsøgt sig med vægtregulerende adfærd, der enten kan være grundet overvægt eller blot en følelse af samme. Flere personlighedsmæssige variable er fundet fremtrædende hos personer med BED, herunder neuroticisme, perfektionisme og impulsivitet. Kognitive processer ses ligeledes påvirket, hvor personen fx oplever bias ift. at rette opmærksomheden på, men også væk fra mad.

3.3 Sociale faktorer

I dette afsnit vil der blive gennemgået litteratur, som belyser sociale faktorer i ætiologien ved BED. De faktorer, der belyses, er hhv. seksualitet, medieidealiserings, stigmatisering, relationer med familie og jævnaldrende, stress, tilgængelighed af mad samt socioøkonomisk status.

3.3.1 Seksualitet

Det er i studier fundet, at homo- og biseksuelle personer, på tværs af køn, i større grad rapporterer om overspisninger end heteroseksuelle (Austin et al., 2004, p. 1119; 2009, p. 241; Calzo et al., 2015, p. 1220). Den estimerede livstidsprævalens for BED, blandt bi- og homoseksuelle mænd, er 5,2 % mod 1,5 % for heteroseksuelle (Feldman & Meyer, 2007, p. 221). I flere studier findes risikoen for spiseforstyrrelser øget ti-fold for bi- og homoseksuelle mænd sammenlignet med heteroseksuelle (Feldman & Meyer, 2007, p. 218; Strother et al., 2012, p. 348).

Flere studier viser, at homoseksuelle mænd i højere grad bekymrer sig om, hvordan de ser ud og fremtræder for sig selv og andre, ligesom det er påvist, at heteroseksuelle kvinder gør (Calzo et al., 2015, p. 1217; Heffernan, 1994, p. 338; Ricciardelli & McCabe, 2015, p. 497). I tråd med dette peger Austin et al. samt Calzo et al. på, at bekymring og forstyrret adfærd kan ses som udtryk for internalisering af og konformitet med ideologier for maskulinitet i samfundet (Austin et al., 2009, p. 241; Calzo et al., 2015, p. 1217). Dakanalis et al. hypotiserer, at homoseksuelle mænds body image, i højere grad end heteroseksuelle mænds, er

påvirket af de idealiserede mandekroppe, som fremstilles i medierne. De finder i studiet, at både homo- og heteroseksuelle mænd oplever utilfredshed med egen krop, men hos de heteroseksuelle mænd er denne utilfredshed kun relateret til forstyrret spiseadfærd, medieret af skam (Dakanalis et al., 2012, p. 357).

I andre forklaringer om forskelle påpeges, at heteroseksuelle mænd i højere grad estimeres til at sammenligne sig med muskelmasse og stereotype fremstillinger af mandekroppen, mens homoseksuelle mænd i højere grad vil identificere sig med mere feminine kropsidealer (Calzo, Corliss, Blood, Field & Austin, 2013, p. 43).

Homo- eller biseksualitet er ikke i sig selv en prædikator for udviklingen af en spiseforstyrrelse, og heteroseksualitet er heller ikke en ubetinget beskyttende faktor mod utilfredshed over krop og vægt. Som nævnt er tidlig overvægt forbundet med en øget risiko for udvikling af BED, og her bør det tilføjes, at heteroseksuelle mænd, i højere grad end homoseksuelle, er fundet overvægtige i den tidlige voksenalder (Calzo et al., 2015, p. 1222, p. 1217). I tråd med dette bør det bemærkes, at homoseksualitet i større grad er relateret til spiseforstyrrelser med restriktiv og udrensende adfærd end spiseforstyrrelser, der medfører overvægt (Calzo et al., 2013, p. 43).

Der eksisterer en antagelse om, at kvinder, i højere grad end mænd, anses som seksuelle objekter til trods for, at der ses samme objektificerende tendens om mænd (Dakanalis et al., 2012, p. 357; 2015, p. 998; Strother et al., 2012, p. 351). *Seksuel objektificering* skal, i denne sammenhæng, forstås som, at personer oplever at blive behandlet som intet andet end en krop (Dakanalis et al., 2015, p. 998). Denne objektificering sker hovedsageligt via mediernes repræsentationer af kroppen, der ligestiller individets værdi med, om individet passer på de fremsatte standarder for kroppens form og størrelse. Denne form for objektificering opfattes med stor sandsynlighed forskelligt af mænd og kvinder, men ikke desto mindre oplever begge køn de konsekvenser, der kan være tilknyttet.

Når objektificering internaliseres, beskrives det som selvobjektificering (Ibid.). *Selvobjektificering* manifesteres som en internalisering af de idealer, der eksisterer om kroppen, hvilket kan medføre følelser som skam og angst om egen krop og udseende. Skam og angst, relateret til negative opfattelser af egen krop, formodes

at kunne igangsætte overspisning (Ibid.) og opfattes derfor ligeledes som relateret til ætiologien ved spiseforstyrrelser (Dakanalis et al., 2012, p. 357).

3.3.2 Medieidealiserings

Det påpeges i flere studier, at medieidealiserede kropsopfattelser kan have en negativ effekt på personen og kan føre til forstyrret adfærd relateret til spisning, herunder overspisning (Dakanalis et al., 2012, p. 357; 2015, p. 997). Forståelse for og vurdering af egen krop og udseende tyder på at være stærkt påvirket af kropsidealerne, der er fremstillet i medierne. Her bliver kroppen i høj grad vurderet, og kropsopfattelsen bliver stærkt påvirket.

Ifølge Dakanalis et al. eksisterer der en opfattelse af, at mediernes portræt af en ultratynd kvindekrop og en slank muskuløs mandekrop danner baggrund for utilfredshed om kroppen og efterfølgende spiseforstyrret patologi (Dakanalis et al., 2015, p. 998). Det demonstreres gennem en metaanalyse ligeledes, at medieidealiserede kropsbilleder har en yderst skadelig påvirkning hos de mest sårbare personer, mænd såvel som kvinder (Ibid.). Der eksisterer en stereotypisk opfattelse af, at udseende og fysisk fremtoning er et ”kvindeanliggende”, selvom negativ kropsopfattelse ligeledes er almindeligt set hos mænd (Dakanalis et al., 2012, p. 357).

Gennem de seneste 30 år er der sket en stigning i frekvensen af mediebilleder af seminøgne mænd, der portrætterer en ”rigtig” mandekrop. Strother et al. hævder i den forbindelse, at denne stigning og det øgede fokus på en muskuløs mandekrop, der ses i popkulturen, har en stor indflydelse på det mandlige kropsideal (Strother et al., 2012, p. 351). Kropsidealet, for den mandlige krop, bliver i større grad mere og mere urealistisk og har formodentlig indflydelse på øget kropsutilfredshed. Dette ses på baggrund af flere studier, der viser, at udsættelse for billeder af urealistiske, mandlige kropsidealer leder til utilfredshed med egen krop og øger depression hos mænd. Udviklingen af kropsidealet gennem tiden kan fx ses ved, at emner som action-figurer, over perioden 1964-1998, med tiden er blevet mere muskuløse og har nået en kropsform, der må anses som uopnåelig for mennesker (Ibid.).

3.3.3 Stigmatisering

Der er i flere studier påvist en sammenhæng mellem oplevelser af vægtrelateret stigmatisering og overspisning (Puhl & Suh, 2015, p. 3; Vartanian & Porter, 2016, p. 2). Begrebet *stigma* omhandler det at betegne en egenskab, der i høj grad er miskreditterende. Stigmatisering består af en særlig relation mellem nogle egenskaber og stereotypisk klassificering af mennesker (Goffman, 1975, p. 15). Om forståelsen af begrebet stigma skriver Goffman:

(...) det drejer sig i [...] tilfælde om et individ, som i almindeligt socialt samkvem ville være blevet accepteret uden vanskelighed, men som besidder en egenskab, der ikke kan undgå at tiltrække opmærksomhed, og som får de af os, der møder ham, til at vende sig bort fra ham og til at se bort fra hans øvrige egenskaber – egenskaber, som ellers kunne berettige ham til et fællesskab med os. Han besidder et stigma, han afviger fra vore forventninger på en måde, der gør ham uønsket. (Goffman, 1975, p. 17)

Der er ikke meget forskning om vægtrelateret stigmatisering, der forholder sig specifikt til BED (Barnes, Ivezaj & Grilo, 2014, p. 177f). Der er dog resultater fra studier, som tyder på, at BED, sammenlignet med AN og BN, er den spiseforstyrrelse, der i samfundet forbindes med størst personlig ansvarlighed og opfattes som den spiseforstyrrelse, hvor personer er mindst svækket af deres lidelse (Puhl & Suh, 2015, p. 3). Da en stor del af personer med BED lider af svær overvægt eller fedme, finder vi det relevant at inddrage studier, der ikke kun undersøger vægtrelateret stigmatisering i forbindelse med BED, men også ved fedme eller overvægt.

I vestlige kulturer er fedme associeret med signifikante sundhedsproblemer, og fedme er blevet pålagt flere symbolske meninger. Der eksisterer opfattelser af, at mennesker, der lider af fedme, besidder egenskaber som stupiditet, dovenskab, sjuskethed (eng. slovenliness), uintelligens samt mangel på viljestyrke og selvdisciplin (Gordon, 2000, p. 140; Puhl & Suh, 2015, p. 1). Der eksisterer en form for kulturel besættelse om det at være fed eller overvægtig, og forståelsen for, hvordan fedme kan komme til livs, er ved hjælp af slankeklure og motion (Gordon, 2000, p. 140). Overvægtige personer er, i de vestlige kulturer, blevet anset som en ”underklasse” population, hvor de har været ofre for diskrimination på arbejdsmarkedet og i det sociale liv (Ibid., p. 148).

Eksisterende stereotyper om overvægtige personer inkluderer dovenskab, selvforkælelse og grådighed. Til sammenligning er det at være slank blevet sat i forbindelse med selvkontrol, intelligens og raffinement. Gordon fremsætter ligheder mellem racisme og attituder om fedme. Fedme kan sammenlignes med racisme på den måde, at negative forestillinger dannes på baggrund af fysisk udseende. Som det ses ved racisme, er forestillingerne om fedme, at tilstanden reflekterer moralske defekter (Gordon, 2000, p. 148; Puhl & Suh, 2015, p. 2), men til forskel fra racisme er negative stereotyper af fede personer til stadighed accepteret i samfundsdiskursen (Gordon, 2000, p. 148).

Studier viser, at vægtrelateret stigmatisering påvirker spiseadfærd i en negativ retning, idet eksisterende stereotyper om fedme kan medvirke til et øget madindtag hos overvægtige personer (Vartanian & Porter, 2016, p. 2). Vægtrelateret stigmatisering har ligeledes vist at have stor indflydelse på psykisk sundhed og negativ adfærd, der mindsker motivationen for at etablere en sundere livsstil (Puhl & Suh, 2015, p. 2; Vartanian & Porter, 2016, p. 3).

I flere studier henføres vægtrelateret mobning og drilleri til de eksisterende stereotyper om fedme (Vartanian & Porter, 2016, p. 5f). Disse studier viser bl.a., at unge, der har oplevet mobning relateret til vægt og størrelse, udviser en yderst usund adfærd om vægtkontrol og overspisning sammenlignet med unge uden disse oplevelser. Hertil påpeges det, at oplevelser med vægtrelateret mobning og drilleri i barndommen kan ses som en markør til forudsigelse af overspisning senere i livet. Ligeledes er vægtrelateret mobning og drilleri associeret med at spise i hemmelighed og en oplevelse af kontroltab i forbindelse med indtagelse af mad (Ibid., pp. 6f).

Selv om der primært er forskning, der viser, at det i høj grad er kvinder, der oplever vægtrelateret stigmatisering pga. overvægt, viser et studie af Hebl og Turchin, at vægtrelateret stigmatisering opleves på lige fod af begge køn (Hebl & Turchin, 2005, p. 267f). Det forklares af Puhl og Suh, at massemedierne har en forstærkende virkning på de stereotyper, der eksisterer om fedme, da stigmatiserende portrætteringer af overvægtige personer er et almindeligt syn i film, på tv og sociale medier (Puhl & Suh, 2015, p. 2). En del af den viden, der foreligger om stigma relateret til overvægt hos mænd, er baseret på anekdotiske skildringer i film og andre

medier, og disse skildringer giver, ifølge Hebl og Turchin, en forståelse for, at mænd, i høj grad, også er optaget af og stigmatiseret for at være overvægtig (Hebl & Turchin, 2005, p. 268).

3.3.4 Relationer med familie og jævnaldrende

González et al. har undersøgt unges opfattelser af kropsidealer. Heri er gengivet flere udtalelser fra samtaler, hvor deltagerne bl.a. udtaler sig om, at vennegrupper og disses meninger er vigtigere end forældres. Dette kan ses som en indikation på, at sammenligning med personer, i en persons omgangskredse, kan fungere som triggere for diskrepans relateret til eget udseende (González et al., 2015, p. 868).

Om påvirkning fra familie og jævnaldrende viser en undersøgelse af Vincent og McCabe, at direkte indflydelse fra disse relationer, frem for den egentlige kvalitet af forholdet til disse, medfører kropstillfredshed og forstyrret spiseadfærd hos både drenge og piger. En vigtig kilde til denne direkte indflydelse viser sig især at komme fra mødre og kammerater (Vincent & McCabe, 2000, p. 205; p. 220). Resultater fra flere kliniske studier anvendes til at understrege familiens rolle i udviklingen af spiseforstyrrelser blandt piger, og resultaterne viser, at piger, i højere grad end drenge, diskuterer og taler om vægtrelaterede emner. Hertil viser flere studier, at samtaler, omhandlende vægtrelaterede emner, associeres med utilpasset adfærd vedrørende spisning. Ligeledes har drilleri og kritik fra både familiemedlemmer og kammerater vist at have en forbindelse til kropstillfredshed og forstyrret spiseadfærd. Dette er dog umiddelbart kun undersøgt blandt piger (Ibid., p. 206). Vincent og McCabe finder i deres undersøgelse, at opfordring til vægttab, fra især mødre, har en forbindelse til spiserelaterede problemer såsom svære kostbegrænsninger. Derimod viser opfordringer fra kammerater at kunne medføre mere alvorlig adfærd, i forbindelse med spisning hos drenge, herunder bulimiske symptomer og overspisning (Ibid., p. 218). Resultater fra ovenstående, samt en del anden forskning, præsenteret i undersøgelsen af Vincent og McCabe, understreger, at daglig social interaktion kan have indflydelse på at have en usund tilgang til spisning (Ibid., p. 219).

3.3.5 Stress

Begrebet stress er en samlebetegnelse, der potentielt kan dække over samtlige beskrevne faktorer i denne litteraturgennemgang om årsager til BED. Dette fordi *stress* overordnet defineres som en generaliseret non-specifik kropslig respons på enhver faktor, der er overvældende for kroppens kompenserende evner til at opretholde homøostase (Cameron, Maguire & McCormack, 2011, p. 81). Kun i få studier undersøges forholdet mellem denne definition af stress eller specifikke stressende faktorer og BED. De studier, der eksisterer, inkluderer hovedsageligt kun kvinder i undersøgelserne (Cameron et al., 2011, p. 81; Harrington, Crowther, Henrickson & Mickelson, 2006, p. 212). I enkelte undersøgelser understøttes en association mellem stress og overspisning (Cameron et al., 2011, p. 81; Harrington et al., 2006, p. 214; Rosenbaum & White, 2015, p. 888), hvor overspisning fx kan anses som en måde at undgå at tænke på en stressende situation (Harrington et al., 2006, p. 215).

Det er fundet, at fx psykologisk stress kan medføre øget indtagelse af fødevarer rig på sukker og fedt (Cameron et al., 2011, p. 81). Et øget kortisolniveau har en beskyttende funktion, når personer udsættes for stress, men et vedvarende forøget kortisolniveau kan medføre insulinresistens samt abdominal fedme (Gluck, 2006, p. 27). Et studie viser, at personer med spiseforstyrrelserne AN, BN, nattespisning samt BED har et øget basalt kortisolniveau sammenlignet med kontrolpersoner (Ibid.). I studier er det videre undersøgt, hvorvidt fødeindtag forøges i forsøgsopstillinger, hvor personer udsættes for emotionelle stressorer. Mange af disse studier har ikke fundet forskelle i mængden af konsumeret mad, men til gengæld ses, at de personer, der udsættes for emotionelt stress, øger indtagelsen af kulhydrater sammenlignet med kontrolgrupper (Ibid., p. 27). Et studie viser, ifølge Gluck, at overvægtige personer med BED rapporterer om mere sult og mere lyst til overspisning, sammenlignet med overvægtige personer uden BED, efter en stresstest. Gluck anfører hertil, at valg af makronæringsstoffer påvirkes hos alle personer, der udsættes for stress, men forskelle i fornemmelse af sult og lyst til overspisning er forskellig fra raske kontrolpersoner og personer med en spiseforstyrrelse, herunder BED (Ibid., p. 28)

Degortes et al. forklarer, at signifikante og stressende livsbegivenheder kan være risikofaktorer såvel som vedligeholdende faktorer ved spiseforstyrrelser (Degortes et al., 2014, p. 381; Harrington et al., 2006, pp. 214f). Fx viser et studie, at 59 % af deltagerne med AN og 77 % af deltagerne med BN oplevede en hændelsesprovokeret debut forud for deres spiseforstyrrelse (Harrington et al., 2006, pp. 214f). Hertil beskrives af flere forskere, at traumer, i flere tilfælde, kan være risikofaktorer, der går forud for udviklingen af spiseforstyrrelser (Brewerton, 2015, p. 448; Degortes et al., 2014, p. 378; Harrington et al., 2006, p. 213). Flere studier viser en høj rapportering om seksuelle overgreb hos personer med spiseforstyrrelser, herunder overspisning (Cameron et al., 2011, p. 81; Strother et al., 2012, p. 348). Strother et al. mener dog, at der, grundet skam og stigmatisering, er sandsynlighed for en underrapportering blandt mænd (Strother et al., 2012, p. 348). Degortes et al. finder ydermere, at personer med BED har oplevelser med problematiske interpersonelle relationer forud for debuten af lidelsen (Degortes et al., 2014, p. 381).

Andre typer oplevelser, der kan medføre en spiseforstyrrelse og forstyrret body image, kan være mobning og overvægt i barndommen, kritik om krop, vægt og spisning samt skadelige familiære relationer, psykisk lidelse hos forældre og fysisk omsorgssvigt (Brewerton, 2015, pp. 448f; Degortes et al., 2014, p. 378). Blandt næsten alle mænd med BED er der fundet traumer, der relaterer sig til enten udsættelse for toksiner, menneskeskabte katastrofer, fysisk vold fra forældre og romantiske partnere, tyveri, voldtægt, stalking, pludselig død af en nærtstående person, overværelse af andres død eller tilskadekommenhed, eller at personen selv med overlæg har begået skade eller drab på en anden person (Brewerton, 2015, pp. 448f). Studier viser, at forekomsten af komorbid PTSD er højere blandt personer med BED end kontrolgrupper uden spiseforstyrrelser. Oplevelser af traumer er dog ikke nødvendigvis relateret til mere psykopatologi hos personen (Ibid., pp. 450f).

3.3.6 Tilgængelighed af mad

I takt med, at flere nationer "amerikaniseres", øges problemer med overvægt (Henderson & Brownell, 2004, p. 343). Om det moderne, amerikaniserede samfund skriver Henderson og Brownell: *"Individuals in today's society are constantly exposed to heavily advertised, inexpensive, energy-dense foods of low nutritional value, and an increasingly sedentary lifestyle is supported by technological*

advances” (Ibid.). Dette stemmer overens med Davis og Sundhedsstyrelsen, der, som nævnt, beskriver, at samfundet, mennesker lever i idag, er karakteriseret af en overflod af mad sideløbende med tiltagende stillesiddende arbejde samt mere transport via bil frem for cykel (Davis, 2015, p. 526; Sundhedsstyrelsen, 2003, p. 9). Hurtig, bekvem og tilgængelig mad bliver i stigende grad det foretrukne måltid, da denne type mad ofte er billig, hurtig, smagfuld og tilgængelig på alle tidspunkter alle steder. Denne slags mad ofte er tilsat meget sukker og fedt og er ikke næringsrig (Henderson & Brownell, 2004, p. 343). Da denne type mad ofte associeres med noget sjovt (fx Ronald MacDonald), er maden appellerende allerede fra barnsben (Ibid.). I tråd med dette estimeres, at over halvdelen af børn og unges daglige energiindtag kommer fra slik, kage og is, hvortil en tredjedel kommer fra sodavand og andre sukkerholdige drikkevarer (Sundhedsstyrelsen, 2003, p. 9).

3.3.7 Socioøkonomisk status

Faith og Allison beskriver i en litteraturgennemgang, at overvægtige mænd, sammenlignet med normalvægtige mænd, har kortere uddannelse, færre er gift, og gruppen af overvægtige personer har endvidere en lavere indkomst (Faith & Allison, 1996, p. 371). Faith og Allison hypotiserer, at associationen mellem overvægt og psykopatologi, fx BED, muligvis er en refleksion af personens emotionelle reaktioner på sin egen fysiske tilstand og behandling i socialt regi, mere end det handler om en præeksisterende psykosomatisk tilstand (Ibid., pp. 371f).

Ifølge Myers og Wiman er der til dato ingen studier, som finder entydige sammenhænge mellem uddannelsesniveau, etnicitet og udviklingen af BED, men kun få har undersøgt området (Myers & Wiman, 2014, p. 89). I denne forbindelse viser studier en relativt øget forekomst af BED blandt etniske minoriteter (Striegel-Moore & Franko, 2003, pp. 26f), mens et andet studie ikke finder en forskel (Reagan & Hersch, 2005, pp. 255f). Hertil viser et studie endvidere, at lavere socioøkonomisk status er forbundet med øget risiko for kvinder, men ikke for mænd (Reagan & Hersch, 2005, p. 255). Et studie af Mitchison, Slewa-Younan og Mond viser indikationer på, at risikoen for overspisning er øget blandt lavere socioøkonomiske klasser (Mitchison, Slewa-Younan & Mond, 2014, p. 3).

Opsamling af sociale faktorer

På baggrund af ovenstående gennemgang ses, at adskillige sociale faktorer er fundet relateret til BED. Om seksualitet er det fundet, at homoseksualitet ikke er en afgørende faktor for udvikling af BED, men det har i denne forbindelse vist sig, at homoseksuelle i større grad end heteroseksuelle personer udvikler spiseforstyrrelser og i større grad er påvirket af medieidealiserede mandekroppe. Mediernes fremstilling af, hvordan den ”rigtige” mandekrop skal se ud, anses som værende en vigtig faktor mht. kropsutilfredshed og hertil spiseforstyrret patologi. Der eksisterer udtalte stereotyper om overvægtige personer, og de stigmatiseringer, der dannes på baggrund heraf, viser at have stor indflydelse på psykisk sundhed og øget madindtag. Sociale relationer viser ligeledes at have indflydelse på spiseadfærd, særligt hos unge personer. Dette omhandler især påvirkning fra forældre og kammerater. Personer, der oplever stress, vil være mere tilbøjelige til øget madindtag. Hertil er det fundet, at spiseforstyrret patologi ofte udløses af stressfyldte livsbegivenheder. Tilgængeligheden af afhængighedsskabende mad er i de senere år øget betydeligt, og der er noget, der tyder på mulige sammenhænge mellem lavere socioøkonomisk status samt overvægt og overspisning.

Kapitel 4. Interventioner ved BED

Vi har med dette kapitel et formål om at opnå indblik i hvilke interventioner, der eksisterer til behandling af BED. Med denne viden søger vi at skabe et udgangspunkt for at undersøge informanternes oplevelser omkring interventionsmuligheder ved BED.

Der er, ifølge Wilson, fire områder, der bør tilsigtes at intervenere i forhold til, når der interveneres ved BED: overspisning, specifik spiseforstyrret patologi (fx negativt body image), associeret patologi (fx komorbid depression) og endeligt overvægt (Wilson, 2005, p. 455). Hensigten med interventioner er mere specificeret af Amianto et al., der beskriver målet med intervention som, at personen med BED opnår ophør med overspisning samt vægttab, hvis overvægt er til stede (Amianto et al., 2015, p. 15). Derudover bør interventioner, ifølge Amianto et al., tilsigte at øge og vedligeholde motivation for sundere madvaner og livsstil. Desuden skal personen hjælpes til at håndtere dysfunktionelle tanker og vaner, men også hjælpes til at opnå øget indsigt i samt evne til at håndtere konflikter og negative emotionelle tilstande, foruden forebyggelse af tilbagefald og behandling af komorbide tilstande (Ibid.). De pågældende interventionsmål kan søges opnået ved hhv. psykoterapi, psykoedukation og selvhjælp, adfærdsinterventioner, farmakologisk behandling og kombinationsbehandling, der alle vil blive gennemgået nedenfor.

4.1 Psykoterapi

Ifølge resultater fra flere reviews og metaanalyser er psykoterapeutiske behandlingsformer de mest validerede og effektive interventioner ved BED (Amianto et al., 2015, p. 16).

Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er den mest undersøgte metode til behandlingen af BED, og metoden har vist sig effektiv (Amianto et al., 2015, p. 16; Brownley, Berman, Sedway, Lohr & Bulik, 2007, p. 343; Iacovino, Gredysa, Altman & Wilfley, 2012, p. 433), både som individuel- og gruppeterapeutisk intervention, (Brownley et al., 2007, p. 345; McElroy, Guerdjikova, Mori, Munoz & Keck, 2015, p. 548; Vocks et al., 2010, p. 213; Wilson, 2005, p. 455) med remissionsrater på op mod 60 %

(Amianto et al., 2015, p. 16). KAT kan tilpasses specifikt til BED (Wilson, 2005, p. 455), hvor der tages afsæt i den teoretiske model om beherskelse i forståelsen af BED (jf. afsnit 3.2.2) (Godfrey, Gallo & Afari, 2015, p. 348; Iacovino et al., 2012, p. 433). I et terapiforløb med KAT er fokus på ætiologien ved overspisningen, og relationen til selvværd ses som værende afhængig af kropsfiguren i en overdreven grad (Amianto et al., 2015, p. 16).

Murphy, Russel og Waller præsenterer litteratur, hvor det foreslås at integrere adfærdsmæssige komponenter fra KAT ind i en mere psykodynamisk tilgang til behandling af BED og andre spiseforstyrrelser. Interventioner, med afsæt i disse modeller, undersøger og sætter ind ift. underliggende intrapsyriske og interpersonelle dynamikker for at afhjælpe symptomerne (Murphy, Russel & Waller, 2005, p. 384). Murphy et al. finder, at en tidsbegrænset, psykodynamisk tilgang, med integration af adfærdsmæssige komponenter fra KAT, har positive resultater på symptomer relateret til overspisning (Ibid., p. 389).

Interpersonel psykoterapi (IPT) er en interventionsform, der også viser resultater med høj effekt i behandling af BED. I IPT er fokus på interpersonelle relationer, og på hvorledes disse relationer, samt forskellige rolleovergange (eng. role transitions), kan have en prædisponerende og vedligeholdende funktion i spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser ses i IPT som en konsekvens i forsøget på at opnå forbedring i sociale interaktioner samt som en metode til at håndtere interpersonelle konflikter (Amianto et al., 2015, p. 17). Iacovino et al. samt Myers og Wiman beskriver i reviews, at KAT og IPT har en høj og langsigtet effekt ved behandling af BED (Iacovino et al., 2012, p. 438; Myers & Wiman, 2014, p. 91). Iacovino et al. anbefaler IPT som førstebehandling særligt for de personer, hvor patologien for BED er svær og selvværdet lavt (Iacovino et al., 2012, p. 438).

KAT og IPT har, ifølge Citrome, vist sig effektiv i reduktion af overspisningsepisoder i studier, hvor kvinder med BED blev sammenlignet med ventelistekontrolgrupper. Dette resultat var signifikant ved både 6 mdr. og 1-års follow-up (Citrome, 2015, p. 47). Samme resultat findes i andre studier, hvor flere kerne- og relaterede symptomer ved BED undersøges (Citrome, 2015, p. 47; McElroy et al., 2015, p. 548; Wilson, 2005, p. 455; Zwaan, 2001, p. 53). Disse to

metoder er fundet mere effektive end adfærdsinterventioner alene (McElroy et al., 2015, p. 548) (se afsnit 4.3).

En interventionstype, vi ikke fandt i litteraturgennemgangen, var familieterapi. Familieterapi eller familiesamtaler er hyppigt anvendt ved andre spiseforstyrrelser (Valbak, 2010, p. 468). Dette skyldes dels, at de pårørende til patienten kan have brug for støtte og rådgivning, dels at familien i øvrigt er en vigtig medspiller ift. at motivere patienten til at fortsætte i behandlingen (Ibid.). Resultaterne, der opnås ved behandling af BED, fastholdes bedre, ifølge Sundhedsstyrelsen, hvis pårørende inddrages i behandlingsprocessen (Sundhedsstyrelsen, 2003, p. 60). Familien inddrages som oftest i behandlingen, når patienten er hjemmeboende (Valbak, 2010, p. 468), og da BED ofte diagnosticeres, når patienten er ældre, sammenlignet med andre spiseforstyrrelser, kan dette muligvis forklare, hvorfor familieterapi ikke fremkom i litteratursøgningen.

Dialektisk adfærdsterapi (DAT) har ligeledes vist effekt i behandling af BED (Amianto et al., 2015, p. 17; Brownley et al., 2007, p. 343; McElroy et al., 2015, p. 549; Wilson, 2005, p. 455), men er ikke evidensbaseret i samme grad som KAT og IPT (Iacovino et al., 2012, p. 438; Myers & Wiman, 2014, p. 91). I DAT tages afsæt i affektreguleringsmodellen (jf. afsnit 3.2.2), og fokus er på emotionsregulering og stresstolerance (Iacovino et al., 2012, p. 439). DAT har, ligesom KAT, vist effekt målt gennem reduktion af overspisningsepisoder, mindre bekymring om krop og vægt, men det er endnu ikke påvist, at DAT medfører vægttab samt reduktion i depressions- og angstsymptomatologi (Amianto et al., 2015, p. 17). DAT hører under de *mindfulness baserede interventioner*, der er fundet effektive ved behandling af overspisning (Godfrey et al., 2015, p. 358; Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014, p. 202; Kristeller & Wolever, 2010, p. 57). Formålet med mindfulness ved spiseforstyrrelser er at øge bevidstheden om indre oplevelser for derigennem at facilitere accept, kognitiv fleksibilitet, medfølelse, tilgivelse samt overordnet at forbedre personens evne til at håndtere emotioner adaptivt (Katterman et al., 2014, p. 198).

Generelt har de forskellige typer psykoterapi ikke medført vægttab, hos personer med BED, uagtet eliminering af overspisning (Brownley et al., 2007, p. 343; Citrome, 2015, p. 47; Katterman et al., 2014, p. 202; McElroy et al., 2015, p. 548;

Vocks et al., 2010, p. 213). Vægttab er dog, ifølge Vocks et al., heller ikke et eksplicit mål med KAT (Vocks et al., 2010, p. 213), men ophør af overspisning kan, trods alt, anses som værende forebyggende for yderligere vægtøgning (Citrome, 2015, p. 47; McElroy et al., 2015, p. 548; Zwaan, 2001, p. 53). Zwaan foreslår hertil, at behandling af overvægt skal anses som sekundær til BED-patologien, hvorfor tiltag af denne type bør ske efter den terapeutiske behandling (Zwaan, 2001, p. 53).

Ifølge Strother et al. er der ikke noget, der tyder på, at mænd har dårligere prognose end kvinder ved behandling af spiseforstyrrelser. Derimod beskriver de, at mænd i højere grad tenderer til at ville ”fikse ting”, hvorfor de måske har en bedre prognose end kvinder (Strother et al., 2012, p. 352).

Behandlinger af spiseforstyrrelser er ofte baseret på interventioner, udviklet til kvinder, og der findes ingen kønsspecifikke retningslinjer til trods for, der eksisterer indikationer på, at mænd har unikke behov i forbindelse med behandling (Robinson et al., 2012, p. 176). Fokus på hankønsspecifikke temaer bør, ifølge Strother et al., inkorporeres i terapien, som i øvrigt ikke adskiller sig fra den, der anvendes til kvinder (Strother et al., 2012, p. 352). Disse hankønsspecifikke temaer har en unik betydning for mænd og omhandler hhv. vægthistorie, seksuelle overgreb, traumer, kønsorientering, body image, mediepåvirkning, overdreven brug af motion samt depression og skam (Ibid.).

Mænd er, ligesom i de ætiologiske studier, en underrepræsenteret population i undersøgelser om interventioner, og der rapporteres sjældent om kønsspecifikke forskelle (Brownley et al., 2007, p. 344; Striegel et al., 2012, p. 233). Dog finder de, i et review af Shingleton et al., kønsforskelle i behandlingsudfald hos personer med BED. Her beskrives, at behandling af mænd med BED ikke nødvendigvis behøver at have samme fokus på bekymring om krop og vægt, da det, ifølge Shingleton et al., ikke menes at have samme vigtighed for de fleste mænd (Shingleton et al., 2015, p. 384).

I interventionsøjemed gør Farstad et al. opmærksom på negative urgency (jf. afsnit 3.2.3), da det i flere studier ses, at hvis den impulsive overspisningsadfærd behandles, uden at intervenere ift. netop dette træk, kan det resultere i, at personen overfører sine impulsive tendenser over i en ny adfærd, fx ludomani, når denne oplever stærke negative emotionelle tilstande (Farstad et al., 2015, p. 810).

4.2 Psykoedukation og selvhjælp

Psykoedukation, som primær intervention ved BED, har til formål at oplyse personer med BED om forskellige aspekter og sammenhænge ved lidelsen (Amianto et al., 2015, p. 16). I psykoedukation er fokus på symptomerne uden blik for de bagvedliggende og mere ubevidste aspekter ved lidelsen. Det er en form for selvhjælp, med fokus på varige modifikationer af livsstil, hvor personerne med BED modtager information om deres lidelse, og de undervises i selv at monitorere deres madindtag. I denne forbindelse bliver der undervist i sund levevis samt i hvilke faktorer, der kan trigge overspisninger (Ibid.). Ligesom ved psykoterapi er der her fokus på forandring i livskvalitet og sundhed frem for et eksplicit fokus på vægttab. Psykoedukation er ikke valideret i samme grad som terapi, men viser lovende resultater hos personer, der har en mindre grad af psykopatologi (Amianto et al., 2015, p. 16).

Selvhjælpsinterventioner er, i højere grad end psykoterapi, økonomisk favorable interventioner (Amianto et al., 2015, p. 17; Vocks et al., 2010, p. 213). Metoderne kan administreres af terapeuter med erfaring inden for spiseforstyrrelser, andet fagpersonale eller af personer, der selv har BED (Amianto et al., 2015, p. 17). Selvhjælpsmetoder viser effekt via reduktion i antal overspisninger, men også associerede symptomer som bekymringer om krop og vægt (Vocks et al., 2010, p. 213). Selvhjælpsmetoder er, ligesom ved psykoterapi, ikke fundet associeret med vægttab (McElroy et al., 2015, p. 547). Studier viser, at selvhjælp, der administreres af en terapeut, har bedre resultater på kort sigt, men at disse forskelle på længere sigt udlignes. Selvhjælp anbefales til personer med lavere grad af patologi og højere selvværd, mens IPT eller KAT anbefales til personer med mere psykopatologi og lavere selvværd (Amianto et al., 2015, p. 17; Iacovino et al., 2012, p. 437; Wilson, Wilfley, Agras & Bryson, 2010, p. 100). KAT findes som selvhjælp og er i studier fundet mere effektiv end selvhjælpsinterventioner med fokus på adfærd alene (Amianto et al., 2015, p. 17; Iacovino et al., 2012, p. 433), ventelistekontrolgrupper, TAU (eng. treatment as usual) og IPT (Iacovino et al., 2012, p. 433).

Andre selvhjælpsmetoder, undersøgt ved BED, er DAT-selvhjælp (Wallace, Masson, Safer & von Ranson, 2014), internetbaseret selvhjælp, biblioterapi samt CD-ROM

baseret selvhjælp (McElroy et al., 2015, p. 547). Set ift. farmakologiske behandlinger og adfærdsinterventioner finder Vocks et al., at psykoterapi og strukturerede selvhjælpsmetoder (selvhjælp med en tovholder i form af en fagperson) er de mest virksomme i behandlingen af BED (Vocks et al., 2010, pp. 212f).

4.3 Interventioner med fokus på vægttab

Adfærdsinterventioner med fokus på vægttab (eng. Behavioral Weight Loss Treatment, BWL) fokuserer på diæt og modifikation af livsstil. Det er, ligesom selvhjælpsinterventioner, en økonomisk favorabel intervention, da metoderne kan administreres af flere faggrupper (Wilson, 2005, p. 456). BWL har vist sig særligt effektiv hos personer med BED med lav grad af psykopatologi. Derfor anbefales disse metoder som interventioner først, når antallet af overspisningsepisoder er reduceret eller stabiliseret (Amianto et al., 2015, p. 15f; Zwaan, 2001, p. 54). Rationalet for brug af BWL udspringer fra, at personer med BED ofte er overvægtige. Et studie af Gladis et al., konkluderer, at adfærdsinterventioner med og uden adfærdsterapi er lige så effektive som andre typer interventioner hvad angår vægttab hos personer med BED (Gladis et al., 1998, p. 381). I dette studie henføres dog også til en metodisk begrænsning i og med, at der kun bliver kontrolleret for vægt og ikke overspisningsadfærd, hvorfor studiet ikke kan konkluderes at være virksomt ift. remission af BED (Ibid., p. 382).

Ifølge Iacovino et al. er målet med BWL, at antallet af overspisninger automatisk reduceres som følge af ændringer i kost- og motionsvaner (Iacovino et al., 2012, p. 438). Modsat de ovennævnte metoder har BWL derfor et eksplicit fokus på vægttab (Amianto et al., 2015, p. 15). Der er en opmærksomhed på, hvorledes restriktiv spisning i sig selv er en trigger for BED og overspisning, hvorfor diæten i BWL bør være moderat (Amianto et al., 2015, p. 16). Ydermere er der i BWL fokus på fysisk aktivitet, da dette medfører fysiske fordele, men også psykiske, herunder bedre humør, mere livskvalitet og mindre udpræget komorbiditet (Ibid.). BWL er ikke fundet lige så effektiv som de terapeutiske interventioner ved BED, hverken på kort eller lang sigt (Iacovino et al., 2012, p. 438; McElroy et al., 2015, p. 548; Wilson, 2005, p. 456; Wilson et al., 2010, p. 99). Andre studier har dog vist, at BWL kan

have lige så høj effekt som KAT (McElroy et al., 2015, p. 548; Wilson, 2005, p. 456).

4.3.1 Operative indgreb

Bariatriske indgreb er interventionsformer, der udelukkende tilsigter vægttab.

Bariatriske indgreb har den funktion, at de på forskellig vis indsnævrer mavesækken, eller nedsætter optagelsen af fødevarer, så det bliver fysisk umuligt at overspise (Meany, Conceicao & Mitchell, 2014, p. 87). Det viser sig, at en større andel af de personer, der søger bariatriske indgreb, har BED (McElroy et al., 2015, p. 551). Disse interventioner har ikke vist sig at forværre tilstanden hos personer med BED, men er associeret med færre antal overspisninger samt vægttab på kort sigt (McElroy et al., 2015, p. 551; Zwaan, 2001, p. 54). Hertil beskriver Amianto et al., at interventioner med et sådan fokus på vægttab kan være profitabelt for svært overvægtige personer med BED, da lidelsen dels oprinder i en utilfredshed med egen krop og vægt (Amianto et al., 2015, p. 18).

Andre studier viser, at BED-symptomer ikke remitterer efter bariatriske indgreb.

Hertil beskrives af flere, at bariatriske indgreb, hos personer med BED, er forbundet med flere postoperative komplikationer, mindre vægttab og efterfølgende vægtøgning (McElroy et al., 2015, p. 551; Meany et al., 2014, p. 87, p. 89).

Objektive overspisninger er dog ikke muligt efter bariatriske indgreb, men følelsen af kontroltab kan stadig være til stede, hvorfor der kan argumenteres for, at BED stadig er til stede, om end med nyt udtryk (Meany et al., 2014, p. 87). I tråd med dette beskrives i samme review, at kontroltab kan få et nyt udtryk i form af konstant småspiseri, at tygge mad og spytte det ud igen eller at indtage flydende mad (Amianto et al., 2015, p. 19; Meany et al., 2014, pp. 89f). I tillæg beskrives i studiet af Farstad et al., at kvinder, efter bariatriske indgreb, udvikler andre lidelser, relateret til afhængighed, hvilket vidner om, at den bagvedliggende årsag til lidelsen ikke er behandlet (Farstad et al., 2015, p. 810). Dette stemmer overens med, at behandling, rettet mod patologien bag overspisningen, enten bør etableres først eller sideløbende med indgreb eller interventioner, der har fokus udelukkende på vægttab (Amianto et al., 2015, p. 19; Zwaan, 2001, p. 54).

4.4 Farmakologiske interventioner

Hensigten med *farmakologiske interventioner* ved BED er at reducere impulser til at spise og overspise samt at reducere negative emotionelle tilstande (Amianto et al., 2015, p. 17). Studier har vist, at forskellige farmakologiske behandlinger ved BED på kort sigt har medført vægttab og remission af overspisning (Amianto et al., 2015, p. 17; McElroy et al., 2015, pp. 549ff), men i mindre grad end psykoterapi (Zwaan, 2001, p. 53).

Antidepressiva er en gruppe psykofarmaka, der har vist effekt målt ved reduktion af impulser til at spise samt generel psykopatologi (Amianto et al., 2015, p. 17; Brownley et al., 2007, pp. 339f; McElroy et al., 2015, pp. 549f). Disse præparater reducerer angst- og depressive symptomer hos personer med BED, som er tilstande, der er kendt for at igangsætte overspisningsepisoder (Amianto et al., 2015, p. 17). Andre præparater, såsom antiepileptisk medicin, psykostimulanser (bruges blandt andet ved behandling af ADHD), anti-overvægts præparater, samt præparater, der udskrives mod alkoholafhængighed, viser behandlingspotentiale (Amianto et al., 2015, p. 18; McElroy et al., 2015, p. 551; Reas & Grilo, 2015, p. 1467). Disse typer præparater er dog ikke studeret nok (Amianto et al., 2015, p. 18).

Overordnet har farmakologiske interventioner ved BED en moderat effekt målt ved reduktion af overspisningsepisoder (Vocks et al., 2010, p. 213). Dog er det essentielt at holde for øje, at der er stor heterogenitet blandt de undersøgte præparater, foruden at placebogrupper også udviser behandlingseffekter (Brownley et al., 2015, p. 26; Reas & Grilo, 2015, p. 1466; Vocks et al., 2010, p. 214).

Et studie af Davis et al. undersøger kønsforskelle hos overvægtige personer med og uden BED efter modtagelse af en enkelt dosis af præparatet Methylphenidat (anvendes ved ADHD). De finder, at kvinder oplever en øget og mere generel effekt af præparatet, mens mænd er relativt upåvirkede (Davis, Levitan, Kaplan, Carter-Major & Kennedy, 2016, p. 477). De diskuterer i studiet, hvorvidt dette fund kan generaliseres til, at overvægtige mænd, med og uden BED, er mindre reaktive over for denne type psykofarmaka (Ibid., p. 479).

Foruden forekomsten af bivirkninger ved brug af psykofarmaka (Citrome, 2015, pp. 47f), ses ofte større frafald i medicinbaserede interventioner sammenlignet med studier omhandlende terapi (Zwaan, 2001, p. 53).

4.5 Kombinationsbehandling

I flere studier undersøges behandlingskombinationer af terapi, herunder KAT kombineret med medicin som antidepressiva (Amianto et al., 2015, p. 11; Brownley et al., 2007, p. 340; Devlin et al., 2005, p. 1077), medicin til ADHD (Citrome, 2015, p. 48) og kostplaner (Amianto et al., 2015, p. 8). I flere studier undersøges kombinationen af KAT og Fluoxetin (antidepressiva) (Brownley et al., 2007, p. 340; Devlin et al., 2005, p. 1077), og i enkelte studier er kombinationsbehandlingen tilbudt i forbindelse med vægtregulerende intervention (Devlin et al., 2005, p. 1077). Flere studier viser, at KAT, kombineret med antidepressiva, medfører mindsket hyppighed af overspisning (Brownley et al., 2007, pp. 340f; Devlin et al., 2005, p. 1077) samt færre bekymringer om vægt og kropsform sammenlignet med en behandling kun bestående af antidepressiva (Brownley et al., 2007, p. 340f). Antidepressiva forbedrer depressive symptomer hos personer med BED, men der ses ingen signifikant vægtreduktion blandt deltagerne i disse studier (Brownley et al., 2007, pp. 340f; Devlin et al., 2005, p. 1077).

KAT har ligeledes været undersøgt kombineret med forskellige former for kostomlægning i forbindelse med behandling af BED. I et studie undersøges KAT + *low energy density diet* (eng. kost med lavt energiindhold) og KAT + *general nutrition* (eng. generelle sundhedsanvisninger), hvor der ikke ses signifikant forskel mellem behandlingerne (Amianto et al., 2015, p. 8).

Opsamling

Vi har i dette kapitel gennemgået interventionsformer, der anvendes ved BED. Som ovenstående litteraturgennemgang illustrerer, så er der flere forskellige typer interventioner, der er fundet evidens for at anvende i behandlingen af BED. Psykoterapi har generelt store behandlingseffekter, uagtet graden af psykopatologi, og der er fundet effekter ved både individuel- og gruppeterapi. Andre

interventionsformer, såsom psykoedukation, selvhjælp, adfærdsinterventioner samt farmakologiske interventioner, er fundet anvendelige, men disse tilgange anbefales hos personer med en lavere grad af psykopatologi eller som supplementer til psykoterapi. Der er muligvis særlige aspekter, som der bør tages forbehold for, når der intervereres ved BED hos mænd.

Kapitel 5. Metode

Dette er et empirisk speciale, hvor vi anvender kvalitative interviews i et forsøg på at opnå en viden om mænd med BED. Formålet med dette kapitel er at ekspliciterer de metodiske overvejelser, vi har gjort os før, under og efter dataindsamlingen. Første del i kapitlet omhandler de teknikker, vi har anvendt i forbindelse med dataindsamlingen, herunder valget af interview som metode, anvendelse af vignetter samt udarbejdelsen af interviewguide og transskription af selve interviewet. Anden del omhandler specialets informanter, herunder en beskrivelse af rekruttering. Vi anvender i arbejdet med interviewdataene kvalitativ indholdsanalyse, hvilket vil blive ekspliciteret i tredje del af kapitlet. Afslutningsvis vil vi i fjerde del supplere med etiske overvejelser.

5.1 Teknikker til dataindsamling

Vi har i dette speciale valgt at udføre individuelle interviews med integration af vignetter. Gennem interviews er det bl.a. muligt at få indblik i det, Tanggaard og Brinkmann kalder for livsverden. *Livsverden* er et begreb, der betegner verden, som den umiddelbart og direkte opleves. Således er der mulighed for at få indblik i, hvordan specifikke personer oplever bestemte fænomener og situationer i deres eget liv (Tanggaard & Brinkmann, 2010a, pp. 31f). Formålet med at lave interviews er at komme så tæt på personers oplevelser som muligt og indfange informantens perspektiv (Fog, 2004, p. 11). Interviewet udføres velvidende, at samtalen mellem informant og interviewer er en konstruktion, der er skabt i selve interviewsituationen (Alvesson, 2003, p. 18; Tanggaard & Brinkmann, 2010a, p. 31).

Hvordan et interview bør udføres afhænger af den givne undersøgelse. Interviews kan struktureres på flere måder, hvor interviewformen enten kan udføres som løst-, stramt- eller semistruktureret (Tanggaard & Brinkmann, 2010a, p. 35). Vi har valgt at benytte os af det semistrukturerede interview, som forløber ved, at nogle spørgsmål er planlagte og nedskrevet i en interviewguide, og andre spørgsmål formuleres i selve interviewsituationen på baggrund af informantens svar (Ibid., p. 38).

5.1.1. Overvejelser i forbindelse med anvendelsen af interviews

Med udgangspunkt i, at et interview er en social situation, er der flere aspekter af denne, som er vigtige at tage forbehold for (Alvesson, 2003, p. 18; Tanggaard & Brinkmann, 2010a, p. 31). Hertil har vi valgt at forholde os til Alvessons syns- og kritikpunkter om brugen af det kvalitative interview, både i udarbejdelsen af interviewguiden, under udførelsen af interviewet samt i dele af diskussionen.

Under et interview sker en kompleks interaktion, hvori informanten gør sig umage for at producere en bestemt orden. Her trækker informanten på en kulturel viden for at strukturere situationen og for at minimere pinligheder og frustrationer samt følelsen af en asymmetrisk relation til status og magt. De ord, interviewereren bruger i samtalen, nedskrivning af noter etc., påvirker alt sammen informanten (Alvesson, 2003, p. 19).

Ifølge Alvesson er der mulighed for, at informanten udvikler ideer og forestillinger om, hvad projektet handler om, og hvordan resultaterne af interviewet skal bruges. Disse forestillinger stemmer ikke nødvendigvis overens med, hvad interviewereren tror, at informanterne tænker, eller vil have dem til at tænke (Ibid.).

I forbindelse med interviews, mener Alvesson, at interviewereren og informanten påtager sig én eller flere identiteter både implicit og eksplicit. Interviewes personen, i kraft af at være fx kvinde eller leder, vækker det nogle forskellige identiteter. Ligeledes er der forskellige tilbøjeligheder til at fortolke hele interviewsituationen og specifikke spørgsmål, og informanten danner evalueringer af hvilken slags svar, der er passende (Ibid., p. 20). At være eksplicit om den identitet, der findes mest passende til undersøgelsen, er ikke nødvendigvis godt, da det ikke er muligt at kontrollere informantens identitet. Informanten kan også bruge interviewsituationen til at udtrykke sig selv, styrke, forsvare og/eller reparere en, af informanten selv, velanset identitet. Dette er ikke nødvendigvis det ”sande selv”, men kan ses som et forsøg på at konstruere et værdsat selv (Ibid.).

I en interviewsituation, mener Alvesson, at informanten gør brug af det, han kalder for *kulturelle scripts*. Dette indebærer ordforråd, metaforer, genrer og konventioner

for, hvordan der tales om specifikke emner. Kulturelle scripts kan deles bredt i samfundet eller i bestemte områder inden for samme samfund (Ibid.).

Det antages, at mennesker generelt set gerne vil give et godt indtryk af dem selv, og Alvesson mener, i tråd med dette, at det samme gør sig gældende i en interviewsituation. Som medlem af en organisation eller gruppe betyder det, ifølge Alvesson, at personer ofte identificerer sig selv med bestemte værdier og idealer, som begrænser deres bevidsthed. Dette er også med til ubevidst at skabe en moralsk nødvendighed for at udtrykke sig selv med en vis loyalitet. Det betyder, i visse henseender, at personer, som en ubevidst handling, holder tilbage og har en tilbøjelighed til ikke at bryde tabuer (Ibid., p. 21).

Informanten anses ofte som en, der er potentielt ærlig, og som en der er villig til at dele hans oplevelser og viden til gavn for interviewerens og undersøgelsen. Informanten kan dog, ifølge Alvesson, også anses som en, der handler med udgangspunkt i egne interesser inden for den gruppe, han identificerer sig med. Alvesson mener derfor, at informanterne muligvis bruger interviewene til deres egen fordel. Der er mulighed for, at de snyder eller lyver, men der er også den mulighed, at de rent faktisk fortæller sandheden, som de kender den. Sandheden fortælles dog på en måde, der er selektiv og fordelagtig for dem selv (Ibid., p. 22).

Et andet problem i interviewsituationer omhandler, ifølge Alvesson, sproget og brugen af sproget. Flere forskere mener, at sproget bliver brugt til produktive, fremadorienterede formål og ikke til at fremlægge virkeligheden. Som for mennesker generelt, gælder det også for personer, der deltager i interviews, at de ikke blot er ”sandhedssigere” eller ”informanter”, men at de bruger sproget til at gøre ting såsom at anmode, overtale og beskyjde. Brugen af sproget reflekterer konstruktionen af verden, og ethvert spørgsmål kan føre til et uendeligt antal af svar (Ibid., pp. 22f).

Alvesson forklarer, at individet, ud fra et poststrukturalistisk synspunkt, kan anses som konstitueret i diskursen, hvilket socialt former og udtrykker subjektiviteten. Diskurser former personen ud fra de diskurser, der er tilgængelige. I forbindelse med interviews vil situationen, ud fra et poststrukturalistisk synspunkt, blive anset som et udfald af de tilstedeværende diskurser (Ibid., p. 24).

5.1.2 Vignetter

En *vignette* er en kortere eller længere historie, omhandlende en hypotetisk karakter under nogle specifikke omstændigheder, og kan anvendes supplerende imellem spørgsmål, der indgår i en interviewguide, for at bryde med svar, der kan virke generaliserende og svære at fortolke (Finch, 1987, p. 110). Hertil bliver informanten, der interviewes, bedt om at forholde sig til den specifikke situation, vignettekarakteren er i (Ibid., pp. 105f). Vignetter er generelt mest effektive, hvis de er interessante for informanterne, hvis de er relevante for deres liv, og hvis de virker realistiske (Hughes & Huby, 2004, p. 40).

5.1.2.1 Vignettens interne validitet

Det er vigtigt at være opmærksom på vignettens *interne validitet*, der handler om i hvilken grad, vignetten, på en realistisk måde, indfanger og repræsenterer det tema, der ønskes undersøgt (Hughes & Huby, 2004, p. 37). Den interne validitet kan øges ved at lave vignetterne hhv. ud fra tidligere anvendt casemateriale, ud fra eksisterende teori og forskning, ved at få andre professionelle til at gennemse dem, men også gennem pilotinterviews (Ibid., pp. 37f). Hvis vignetterne er formuleret hypotetisk, vil svaret ofte ligeledes være hypotetisk, hvorfor reaktionerne med mindre sandsynlighed vil stemme overens med informanternes adfærd i virkeligheden (Ibid., p. 41).

Vi forsøgte at sikre den interne validitet i vores vignetter ved at udarbejde dem ud fra den teori og empiri, vi forinden havde gennemgået om ætiologien ved BED. Vi piloterede dem på en mand i et forsøg på at sikre, at de var forståelige og realistiske. Rent dramaturgisk er de første tre vignetter opbygget som dilemmaer, hvor karakteren Jens står i en svær situation og skal træffe et valg. Informanten præsenteres for Jens' dilemma og bliver bedt om at forestille sig, hvad han vil gøre, hvis han stod i samme situation. Den sidste vignette præsenteres for informanterne som en situation, Jens oplever, og de skal herpå forestille sig Jens' reaktion.

5.1.2.2 Anvendelsen af vignetter

Der er forskellige perspektiver, informanten kan blive bedt om at anlægge, når denne skal forholde sig til en vignette. Informanten kan blive bedt om at svare ud fra, at de

selv er vignettekarakteren, dennes jævnaldrende, mere generelt eller ud fra personlige synspunkter (Hughes & Huby, 2004, p. 43). Vignetter kan fx anvendes, hvis det vurderes, at informanten kan have behov for at distancere sig personligt fra det tema, der berøres. På den måde kan informanten udtrykke sig ift.

vignettekarakteren frem for i relation til sig selv. Fx kan spørgsmålet til vignetten lyde: "Hvad tror du, karakteren gør nu", frem for: "Hvad ville du selv gøre?" (Finch, 1987, pp. 106f).

Vi har til dette speciale formuleret fire vignetter (se bilag 1) som tillæg til interviewguiden. Vi valgte at introducere vignetterne for informanterne, hvis vi, fra informanternes side, fornemmede et behov for at forholde sig til noget konkret frem for et spørgsmål alene. Ydermere introducerede vi vignetterne, hvis vi tænkte, at det kunne være med til at belyse det givne tema yderligere, eller hvis vi fornemmede et behov hos dem for at distancere sig fra det pågældende tema, der var i fokus.

Temaerne for vignetterne er hhv. afhængighed, emotioner, kognitioner og stigmatisering. Vignetterne om afhængighed og kognitioner lavede vi, fordi vi mener, at det er komplekse problemstillinger, som kan være abstrakt at forholde sig til uden for en konkret kontekst. Vignetterne om emotioner og stigmatisering lavede vi, fordi vi vurderede, at disse temaer kan antages at være sensitive for informanterne i en sådan grad, at det kan være svært at snakke om uden at kunne distancere sig selv fra det.

Det foreslås i et studie, at informanter skal bedes om at sætte sig selv i vignettekarakterens sted og herpå forholde sig til vedkommendes adfærd frem for at skulle forestille sig, hvad de selv ville gøre, hvis de var i samme situation. En fordel ved denne tilgang er, at det kan producere svar, der i mindre grad er påvirket af, hvad informanten selv mener, frem for hvad denne finder socialt acceptabelt (Hudges & Huby, 2004, p. 43). At informanten svarer, hvad denne finder socialt acceptabelt, kan også forsøges undgået ved at forsikre informanten om, at der ikke er hverken rigtige eller forkerte svar på spørgsmålene til vignetten (Ibid., p. 45).

Forud for præsentationen af vores vignetter til informanterne, gav vi dem, i interviewsituationen, en kort præsentation af den fiktive vignettekarakter, Jens. Formålet med at beskrive Jens for dem var at gøre Jens til en familiær person, som de ville kunne identificere sig med. Samtidig fortalte vi også informanterne, at

vignettescenarierne var fiktive og med vilje karikeret. Hertil spurgte vi dem efter hver præsenteret vignette, hvad de ville gøre, hvis de var Jens. Dermed fremførte vi ikke et krav om, at de skulle fortælle, hvad de personligt ville gøre, men vi forsøgte at lave scenarierne så virkelighedstro som muligt for at øge chancen for, at de ville kunne identificere sig med Jens.

Vi anvendte én eller flere vignetter løbende i samtlige interviews, men ikke alle fire kom i spil på noget tidspunkt. Vignetten om kognitioner anvendte vi som den eneste i samtlige interviews til at supplere spørgsmålet om kognitioner: ”*Tanker omkring mad kan fylde meget for nogle personer, og nogle mennesker kan føle at tankerne om mad overskygger alt andet. Hvad tænker du i forhold til det?*”. Dette spørgsmål var for flere informanter abstrakt, og informanterne reflekterede her primært om deres forhold til mad i dag, uanset om de stadig havde aktuelle BED-problematikker. Gennem vignetten kunne informanterne forholde sig til en konkret situation, hvor Jens præsenteres med nogle presserende tanker om mad. På den måde reflekterede alle informanter over tanker om mad som altoverskyggende. De udtrykte alle stor forståelse for Jens, og alle kunne genkende Jens’ dilemma og talte om hans mulige adfærd ud fra egne erfaringer, hvilket gjorde netop denne vignette særdeles anvendelig. Vignetterne om emotioner og afhængighed blev kun brugt enkelte gange under interviewene i de tilfælde, hvor vi vurderede, at det ville bidrage til at belyse temaet yderligere. Vignetten om stigmatisering blev ikke inddraget i nogen af vores interviews. Dette fordi informanterne forinden selv havde beskrevet egne oplevelser om stigmatisering, hvorfor vi ikke vurderede, at præsentationen af vignetten ville bibringe ny information. Derudover var temaet om stigmatisering tydeligvis forbundet med stort ubehag for flere informanter, hvorfor vi ikke vurderede det etisk forsvarligt at bede dem om at forholde sig til den problematiske situation, som Jens stod i.

5.1.3 Interviewguide

Interviewguiden og de tilhørende spørgsmål er udarbejdet på baggrund af gennemgangen af den eksisterende forskning fremlagt i kapitel 3 og 4. Vi har udarbejdet spørgsmålene med forbehold for, at det for informanterne kan være nogle særligt sensitive eller komplekse emner at fortælle om (se afsnit 5.4). Derfor har vi

forsøgt udarbejde åbne spørgsmål, der ikke nødvendigvis spørger direkte ind til informanterne, men hvor de kan henføre til egne oplevelser, såfremt det er noget, de har lyst til. I forlængelse hertil er spørgsmålene forsøgt udarbejdet med et formål om at få informanterne til at reflektere over de forskellige emner, vi kommer ind på i samtalen. Såfremt informanterne ikke kan relatere spørgsmålene til egne oplevelser, eller ikke har lyst til det, kan spørgsmålene yderligere lægge op til, at de kan reflektere og dele deres tanker om emnet helt generelt eller hypotetisk. De åbne spørgsmål er forsøgt lavet på en sådan måde, at de ikke leder informanterne hen mod bestemte svar eller tanker. Kvale og Brinkmann refererer til, at interviewspørgsmål bør være tilpasset de pågældende informanters ordforråd, uddannelsesmæssige baggrund og opfattelsesevne (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 155). Da det ikke er fagpersoner, vi interviewer i dette speciale, har vi forsøgt at udarbejde spørgsmålene uden diverse fagudtryk og -begreber. Fx er spørgsmålet om body image blevet forsøgt forklaret uden brug af selve begrebet, som ikke nødvendigvis er almen viden eller en del af dagligdagssproget. Ydermere har vi fravalgt at spørge om neurobiologiske faktorer, da det ikke er muligt at belyse disse faktorer gennem en interviewundersøgelse. For at undersøge spørgsmålenes forståelighed piloterede vi dem på to mænd, hvor vi efterfølgende tilrettede spørgsmålene yderligere.

Informanterne bliver i starten af interviewet præsenteret for projektet og dets anliggende samt symptombeskrivelsen af BED, såfremt de ikke er bekendt med denne. Interviewguiden er derfra inddelt i tre dele, hvor informanterne i første del bliver spurgt, om de vil fortælle den historie, der for dem relaterer sig til symptomer på BED. Åbne, indledende spørgsmål som dette giver, ifølge Tanggaard og Brinkmann, anledning til, at informanten fortæller en historie, der konkret handler om undersøgelsestemaet (Tanggaard & Brinkmann, 2010a, p. 41). Anden del af interviewguiden omhandler ætiologien ved BED, hvor informanterne til at begynde med, i en åben del, spørges ind til deres egne tanker om mulige årsager til BED. Dernæst spørger vi, på baggrund af den eksisterende forskning, ind til deres tanker om mulige årsagsforklaringer. Tredje del af interviewguiden handler om interventionsmuligheder ved BED. Ligesom i anden del bliver informanterne her åbent spurgt ind til deres tanker om behandling af BED. Dernæst spørger vi efterfølgende ind til deres tanker om forskellige behandlingsformer, som er præsenteret i litteraturgennemgangen.

For at skabe en så flydende samtale som muligt med informanterne er den tematiske rækkefølge i interviewguiden lidt anderledes end rækkefølgen i litteraturgennemgangen og analysen. Fx har vi valgt at placere temaerne *stress* og *tilgængelighed af mad* under biologiske faktorer i guiden frem for under sociale faktorer. Dette har vi valgt, fordi det er den samme type mad, der har afhængighedspotentiale, som personer, der er stressede, foretrækker at spise. Det er ligeledes denne type mad, der er blevet mere tilgængelig i nutidens samfund. Såfremt vi løbende ønsker, at informanterne uddyber visse svar, stiller vi spørgsmål, der synes passende i selve situationen med hensyntagen til den alliance, der er blevet etableret. Vi forsøger så vidt muligt at tage udgangspunkt i, hvad informanterne svarer, da en interviewguide, der følges slavisk, kan være med til at hæmme interaktionen mellem interviewer og informant, som af Fog menes at være noget af det mest essentielle i et interview (Fog, 2004, p. 45). Interviewguiden er vedlagt som bilag 2.

5.1.4 Transskription

Vi har i dette speciale valgt at anvende den teoriinformerede, kvalitative indholdsanalyse til analysering af de udførte interviews. I denne forbindelse er det selve indholdet i samtalen, der er vigtigt (se afsnit 5.3). Derfor er der fokus på, *hvad* informanterne siger, og ikke *hvordan* de siger det.

Ifølge Kvale og Brinkmann eksisterer der ikke én sand eller endegyldig måde at transskribere fra mundtlig til skriftlig form. Transskriberingen skal i stedet udføres ift. de pågældende forskningsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 209). Vi har i arbejdet med transskriberingen af interviewene valgt at nedskrive interviewene så ordret som muligt og i mindre grad lægge vægt på toneleje og tryk på ordene. Grundet analysens fokus på indholdet kunne det ligeledes have været hensigtsmæssigt at transskribere det sagte til et mere formelt talesprog. Vi har valgt ikke at transskribere de første minutter af hvert interview, da disse gik med smalltalk med informanterne for at skabe en tryk og fortrolig relation med dem m.v., hvorfor vi ikke fandt det relevant i forbindelse med selve analysen.

Da transskriberingsarbejdet med projektets fire interviews fordeles mellem os begge, har vi foretaget et valg om at udføre reliabilitetskontrol inden udførelsen af selve transskriberingen. Vi har fulgt retningslinjerne, anført af Kvale og Brinkmann, hvor en reliabilitetskontrol kan udføres ved at lade to personer udføre en transskription af samme passage af et interview. Ved denne kontrol oplistes og optælles de forskelligheder, der kan komme til udtryk (Ibid., p. 206).

5.1.4.1 Transskriptionsretningslinjer

Vi har til specialet udarbejdet en række retningslinjer i forbindelse med transskriberingen af specialets interviews. Vi betegner os selv med "I" (interviewer) i transskriptionerne, og informanterne betegnes med forbogstavet i deres navn: "F" (Flemming), "K" (Kevin), "K" (Klaus) og "S" (Steen). Interviewet nedfældes som fortalt og dermed i et uformelt talesprog. Der er linjeskift hver gang, en ny person taler, for at gøre transskriptionerne læsevenlige og overskuelige.

Vi har valgt at udelade steder, hvor vi fx siger "Mmm", "Ja" m.v., mens informanten er i en talestrøm, da vi mener, dette kan virke forstyrrende for læsningen, foruden at det ikke bidrager til indholdsanalysen, vi senere skal foretage.

Trods fokus på indholdet har vi valgt at notere, hvis informanten griner, da det, at informanten finder noget sjovt, kan være sigende for indholdet i det sagte. Ligeledes kan pauser i talen indikere, om indholdet måske er særlig svært at snakke om, særlig komplekst eller særlig abstrakt at forholde sig til. Vi har derfor valgt at notere pauser af kortere varighed end 3 sekunder med tre prikker "... " og pauser af længere varighed med "(pause)". Vi har valgt at anvende opremsningskommaer, når informanterne gør ophold i deres tale uden at afslutte og punktum, hvor de afslutter en sætning. Transskriptionerne er vedlagt som bilag 3-6.

5.2 Informanter

Der blev, i forbindelse med rekruttering af informanter, foretaget et valg om kun at inkludere voksne (>18 år), fordi BED primært diagnosticeres hos voksne, men også fordi BED er svært at diagnosticere i børn. Dels fordi børn kan have svært ved at forstå overspisning som et koncept rent kognitivt, dels fordi børn kan have svært ved

at huske hvad og hvor meget mad, de har spist over en afgrænset periode, dels fordi børn ikke i samme grad som voksne har adgang til ubegrænsede mængder mad (Brownley et al., 2015, p. 10).

Vi havde flere overvejelser om, hvordan vi skulle rekruttere mandlige informanter med BED. Vi havde en formodning om, at det ville være svært at finde mænd med interesse i at deltage i et interview qua stigmatisering om mænd med spiseforstyrrelser såvel som stigma omkring overvægtige personer generelt. Derudover opfatter mange personer med BED muligvis ikke deres problematik som en lidelse (Citrome, 2015, p. 46), bl.a. da BED endnu ikke er en officiel diagnose i Danmark.

Vi tog kontakt til en række personer i håb om, at de kunne hjælpe os med at få kontakt til mænd med BED, herunder privathospitaler, foreninger, højskoler samt vægttabsfora på Facebook. Vores rekruttering bestod af et opslag, hvor vi beskrev de diagnostiske kriterier ved BED meget overordnet samt vores interesse for at belyse netop mænd med BED. Til vores store overraskelse fik vi hurtigt respons fra flere kandidater via en Facebookgruppe tilknyttet en af de højskoler, vi havde kontaktet, foruden at vi fik respons fra yderligere to støttegrupper for overvægtige personer på Facebook. Disse personer udgør dermed dette speciales empiri. I alt otte personer reagerede på vores opslag. Af flere årsager endte fire ud af de otte personer med at sige nej tak til at deltage, mens de resterende fire mænd, der er i alderen 25-35 år, indvilligede i at deltage i et interview. De individuelle interviews er blevet udført i forskellige omgivelser alt efter, hvor det var muligt for os at få det til at passe med informanterne. Ét interview er udført på Aalborg Universitet, ét er udført i et klasselokale på en højskole, og to er udført hjemme hos informanterne selv.

5.3 Kvalitativ indholdsanalyse

Den kvalitative indholdsanalyse kan, ifølge Hsieh og Shannon, defineres som en forskningsmetode, hvor den subjektive fortolkning af et tekstindhold sker som en systematisk klassifikation gennem kodning af data samt gennem identifikation af mønstre eller temaer (Hsieh & Shannon, 2005, p. 1278). Målet med den kvalitative indholdsanalyse er at skabe en viden om og en forståelse af det fænomen, der undersøges. Da dette speciale anvender kvalitative data, er der foretaget et valg om at

anvende den kvalitative indholdsanalyse i arbejdet med dette speciales empiri. Der eksisterer flere forskellige måder, hvorpå den kvalitative indholdsanalyse kan anvendes: den konventionelle, den summerende samt den styrede, teoriinformerende tilgang (Ibid.), som vi anvender i dette speciale.

Den teoriinformerende indholdsanalyse (eng. directed content analysis) kan anvendes, hvis eksisterende teori og forskning om et givent fænomen er ufuldkomment og med fordel kan beskrives yderligere (Ibid., p. 1281). Den kan beskrives som en deduktiv anvendelse af teori, hvor formålet med studiet er at validere eller udvide eksisterende teorier og teoretiske rammesætninger. Den eksisterende teori kan anvendes til at fokusere forskningsspørgsmålene, til at danne hypoteser om de fænomener, der er i fokus samt om relationerne mellem disse (Ibid.).

Vi anvender den teoriinformerende indholdsanalyse, da vi har valgt at lave vores interviewguide på baggrund af den eksisterende forskning inden for feltet. Data gennemlæses og kodes med de på forhånd definerede koder. Data, der ikke passer ind i disse koder, gives enten en ny kode eller identificeres som en underordnet kode til en allerede etableret kode (Ibid., p. 1282). En fordel ved den teoriinformerende indholdsanalyse kan være, at den kan anvendes til at afkræfte en eksisterende teori, eller til at bekræfte teorien samt tilføre nye perspektiver og forståelser ift. denne (Ibid., p. 1283). En begrænsning kan være, at forskeren, med sin teoretiske tilgang til informanten, ikke alene er teoriinformeret, men også har en stærk forforståelse, hvilket kan bevirke, at forskeren, med større sandsynlighed, vil finde information i sit data, der bekræfter frem for afkræfter den undersøgte teori (Ibid.).

5.3.1 Operationalisering af den teoriinformerende indholdsanalyse

Vi inkluderer i dette speciale blot fire interviews, hvorfor vi ikke har som mål hverken at generere eller bekræfte eksisterende teorier og fund om BED. Derimod har litteraturgennemgangen i kapitel 3 og 4 bidraget til, at vi har kunnet fokusere de spørgsmål, som vi har inkluderet i vores interviewguide. Vi har på denne måde skabt en vidensplatform, som vi kan anvende som afsæt i forbindelse med vores dataindsamling. Med afsæt i denne platform har vi etableret en viden om mulige ætiologiske faktorer, der kan ligge til grund for udviklingen af BED, samt mulige

sammenhænge og relationer mellem disse foruden viden om interventioner. Ud fra disse har vi en interesse i at undersøge mønstre i informanternes tanker og oplevelser. Vi er interesseret i at undersøge, om informanternes oplevelser og tanker om årsager og interventioner ved BED er ligeså omfangsrige som de faktorer, der fremhæves i litteraturen.

Informanterne, der indgår i dette speciale er hhv. Flemming, Kevin, Klaus og Steen, der alle har oplevelser med symptomer på BED. Vi har valgt at anvende data fra såvel den åbne som den lukkede del af interviewene. Vi tilgår vores datamateriale ud fra Hsieh og Shannons anvisninger, hvor vi først læser vores transskriberede interviews igennem og overstreger steder i dataet, som vi finder beskrivende for hhv. ætiologi eller interventioner. Dernæst gennemlæser vi transskriberingerne igen, men nu med et formål om at kode det overstregede data ind i de på forhånd definerede koder, som vi har udledt via litteraturgennemgangen i kapitel 3 og 4. Hvis der i denne analyseproces fremkommer noget i data, som med fordel kan kodes som en underordnet kode (fx kan skam være en underordnet kode til emotioner) er der i denne proces ligeledes mulighed for at definere eventuelle underordnede koder eller nye, selvstændige koder, hvis det findes relevant.

Litteraturen, præsenteret i kapitel 3 og 4, er inddelt i hhv. ætiologiske faktorer og interventioner. Denne struktur anvendes ligeledes i analysen. Da vi spurgte ind til de forskellige interventioner, opdelte informanterne selv deres svar i individuelle og gruppeorienterede emner, hvorfor vi fandt det mest meningsfuldt at kode det på samme måde i analysen trods inddelingen i teorien. Derfor bliver det gruppeorienterede materiale præsenteret i en kode med navnet: *Betydningen af ikke at være alene*, og det, der omhandler individuelt arbejde, præsenteres som koden: *Individuel intervention*, der herunder omhandler terapi og selvhjælp. De fire indholdsanalyser findes i bilag 7-10.

5.4 Etiske overvejelser

Der er store sammenfald mellem de områder, som den kvalitative forskning og etikken beskæftiger sig med. Den kvalitative forskning studerer den menneskelige erfaring, handling, tanke og følelse, som de udspiller sig i forskellige situationer. Samme områder er etikkens domæner, og nogle forskere mener, at standarderne for

kvalitet i kvalitativ forskning og etik er de samme. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at kvalitativ forskning i sig selv er etisk god (Brinkmann, 2010, p. 437). Der eksisterer fire tommelfingerregler, hvortil der bør knyttes etiske overvejelser i forbindelse med udførelse af en interviewundersøgelse: informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser samt forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 86).

Informeret samtykke handler om, at informanten informeres om undersøgelsens overordnede formål, design samt fordele og ulemper ved at deltage (Ibid., p. 89). Dette indbefatter desuden en kontrol af, at informanterne deltager frivilligt, og at de informeres om deres rettigheder ift. at kunne trække sig fra interviewet når som helst (Ibid.). Informanterne, der har bidraget til dette speciales empiri, har alle underskrevet en samtykke-erklæring, hvori de giver samtykke til, at deres interview optages, transskriberes og anvendes i den endelige opgave. Informanterne skriver samtidig under på, at deres oplysninger opbevares fortroligt, og at de anonymiseres.

Fortrolighed handler om, at informanternes data anonymiseres, således at den information, de giver i et interview, ikke kan identificeres og tilbageledes til dem (Ibid., p. 91). Dette har vi forsøgt at tilsikre ved at ændre deltagernes navn i transskriptionerne, foruden at visse geografiske detaljer om informanterne er anonymiseret, herunder bopæl.

Konsekvenser handler om de potentielle skader og fordele, som interviewundersøgelsen kan have for informanten (Ibid., p. 92). Forskeren bør være opmærksom på den åbenhed og intimitet, som en kvalitativ interviewsituation udgør, og på at informanten kan komme til at fortælle personlige ting, som denne senere vil fortryde. Forskeren bør ligeledes være opmærksom på, at en samtale om følsomme emner let kan føre til en etisk krænkelse af informanten (Ibid.). Vi er i dette speciale opmærksomme på, at det område, vi belyser, er underlagt nogle særlige etiske problemstillinger, da BED hos mænd er omfattet af tabu og stigma. Vi har af denne årsag en formodning om, at det vil være potentielt grænseoverskridende for vores informanter at deltage i et interview, foruden at deres svar muligvis er påvirket af disse stigma og tabu. Informanterne fortalte alle under interviewet, at de har en oplevelse af, at spiseforstyrrelser er forbundet med stort stigma og tabu hos mænd,

og det bl.a. netop er for at bryde med disse, at de fandt motivation til at deltage i interviewet.

Vi foretog et valg om ikke at spørge ind til hhv. seksuel orientering og traumatiske oplevelser på trods af, at vores interviewguide er teoriinformeret, da vi anser disse emner som meget personlige og potentielt sårbare for nogen. Trods disse udeladelser var det alligevel nogle meget personlige samtaler med personlige oplysninger, som vi indhentede gennem interviewene. Derfor brugte vi tid på at snakke med informanterne, efter diktafonen var slukket, for at høre, hvordan det havde været for dem at snakke om disse emner, hvordan de havde det m.v.

Forskerens rolle i en interviewundersøgelse indbefatter et etisk krav til forskeren om at fremlægge den indhentede viden med høj videnskabelig kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 93). Dette omfatter en korrekt gengivelse af den indhentede forskning, herunder gennemsigtighed ift., hvorledes data er udvundet og fremstillet. Dette forsøger vi at gøre med dette kapitel omhandlende projektets metode foruden vedlæggelse af relevante bilag.

Forskeren bør ligeledes være opmærksom på den magtasymmetri, der er mellem forskeren og informanten i interviewsituationen (Ibid., p. 95). Denne magtasymmetri kan føre til, at informanten kan føle sig presset til at fortælle om nogle bestemte forhold i interviewsituationen. Vi valgte af denne årsag bl.a. ikke at stille direkte og personrettede spørgsmål i interviewene (jf. afsnit 5.1.3). Vi har ligeledes haft overvejelser om, hvilken betydning, det kan have, at vi begge to er til stede i interviewsituationen, foruden at vi er kvinder i samme alderssegment som vores informanter. I interviewsituationen er det én af os, der er interviewer, og den anden byder ind med supplerende kommentarer og et anerkendende kropssprog. Det er svært at sige, om interviewudfaldet ville være anderledes, hvis vi havde været mænd, men vi har en oplevelse af, at informanterne slappede af i vores selskab og ikke fandt det ubehageligt, at vi var to til stede, samt at vi er kvinder.

Opsamling

Dette kapitel har til formål at skabe en synlighed omkring de metodiske overvejelser, vi har gjort os i forbindelse med udarbejdelsen af specialet både før under og efter

dataindsamling. Disse ekspliciterede overvejelser er essentielle for at sikre en gennemsigtighed og replicerbarhed omkring de metodemæssige aspekter ved specialets dataindsamling og databehandling. Som det fremføres af Alvesson, er der en række områder, der kan formodes at påvirke interviewet (Alvesson, 2003). Hvorledes disse områder kan have influeret vores data vil blive diskuteret nærmere i afsnit 7.3.

Kapitel 6. Analyse

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra den teoriinformerende indholdsanalyse (se bilag 7-10). Formålet med analysen er at anskueliggøre informanternes tanker og oplevelser om årsager til og interventioner ved BED. Analysen er opbygget med afsæt i de koder, der fremkom i arbejdet med den teoriinformerende indholdsanalyse. Vi har udvalgt repræsentative citater, blandt mange mulige, fra de forskellige interviews til at belyse de respektive koder. Analysen vil herunder blive fremstillet i tre dele: første del omhandler ætiologiske forhold, opdelt i biologiske, psykologiske og sociale faktorer, anden del omhandler interventioner, og tredje del repræsenterer en sammenfattende analyse af mønstre i de præsenterede koder.

6.1 Ætologi

De afsnit, der præsenteres nedenfor, afspejler de koder, der fremkom i forbindelse med indholdsanalysen. Koder omhandlende biologiske faktorer er hhv. arvelighed og afhængighed. Koder omhandlende psykologiske faktorer er hhv. body image, vægt og vægtregulerende adfærd, emotioner, personlighedstræk samt kognitioner. Koder, der omhandler sociale faktorer, er hhv. kropsidealer og medieidealiserings, stigmatisering, relationer, mobning, stress, signifikante livsbegivenheder samt tilgængelighed af mad. Endeligt præsenteres et afsnit om komorbiditet.

6.1.1 Biologiske faktorer

6.1.1.1 Arvelighed

Hvad angår genetisk arvelighed af BED for personer generelt forholder to informanter sig afvisende og to bekræftende. Hertil fortæller to informanter, adspurgt om holdninger vedrørende årsager til BED, at overspisning er psykologisk og ikke genetisk påvirket. Fx siger en informant: *“Ja altså overspisning er psykologisk, det jeg helt sikker på...”* (Bilag 6, l., 10, p. 17). Hertil er tre informanter enige om, at overspisning, for dem personligt, ikke er genetisk nedarvet. Den fjerde informant fortæller, at han opfatter overspisning som et

misbrug, hvilket, ifølge ham, er noget, der kan være genetisk betinget, og noget, der florerer i hans familie:

Fordi for mig der er det os', der er det også lige så meget et misbrug. Altså det der med at, at jeg er ret sikker på at jeg har et misbrugsgen i mig. Altså fordi jeg vil altid finde et eller andet og misbruge (Bilag 5, l. 20-22, p. 8)

Min egen far har jo os' været misbruger, øhh altså så det tænker jeg, det jo. Og min faster ik' altså, så det jo. Det tænker jeg da måske godt ku' jo, at det kan det måske godt [genetisk disponeret for BED] (Bilag 5, l. 13-15, p. 10)

Samme informant fortæller om sine tanker om at være prædisponeret for psykisk sygdom generelt i forbindelse med at være genetisk disponeret for BED:

(...) genetisk det ved jeg ik' om man kan sån'... Det vil jeg slet ik' udtale mig om men øhh... Jeg skal da ik' ku' afvise det. Altså der er jo, jeg ved der er os' det der med at være genetisk disponeret for, psykisk sygdom og så noget ik' os', altså så jeg tænker jo det kan der måske godt være, at man kan være det. (Bilag 5, l. 6-9, p. 10)

Vedrørende den dominerende afvisning af muligheden for en personlig, genetisk nedarvning anskuer alle informanter i stedet deres forhold til mad som værende socialt overført. Der er noget, der tyder på, at informanternes forhold til mad er stærkt påvirket af, hvordan mad er blevet fremstillet i barndommen, samt hvilken betydning maden har haft i deres opvækst. Det, som informanterne associerer maden med, har afsæt i oplevelser i barndommen. Tre af informanterne henfører eksplicit disse associationer til deres forældre. Eksempler på dette er:

Os' fra barndommen af, at... Jamen man spiser op. Og øhh... Jeg har os' været ude for og, få lov til at blive siddende, indtil der var spist op. Altså. Så noget med at levne det gjorde vi ik' derhjemme. Øhh... Så på den måde så, har jeg tvunget mad i mig... Selvom jeg egentlig var mæt. Og har egentlig, ignoreret den følelse der, at jeg var mæt. (Bilag 3, l. 18-22, p. 2)

Jeg har det som sådan heller ikke fra fremmede fordi min mor, øhh, da jeg var mindre kan jeg i hvert fald huske at hun sån' når der har været, at der har kommet en regning fra banken eller et eller andet sådan ubehageligt eller noget, jamen så er det os' den dag vi ligesom har fået slik og der har kommet nye film og så nogen ting og så noget og så sku' vi hygge - og mad. Øhm, så jeg har det heller ikke fra fremmede. Så jeg tror jeg har haft det, altså hele tiden hele mit liv, altså, at, man bare spiser på følelser. (Bilag 4, l. 3-9, p. 4)

Overordnet beskriver informanterne, at maden, gennem deres opvækst, har opnået andre funktioner for dem end blot at være et middel til overlevelse. Fx fortæller informanterne, at de har oplevet, hvordan maden kan bruges til at håndtere svære følelser og hændelser.

6.1.1.2 Afhængighed

Hvad angår afhængighed tænker alle informanterne, at det er muligt at være afhængig af mad. De mener også selv, at de er eller har været afhængige af mad, og de beskriver alle deres afhængighed komme til udtryk i form af abstinenser. Disse abstinenser har et kropsligt, men også et adfærdsmæssigt og et kognitivt udtryk for informanterne. De beskriver et ubehag i kroppen, en trang til at handle på impulsen til at spise, samt at tanker om mad, i disse situationer, er altoverskyggende.

Eksempler, der illustrerer dette, er:

Jeg har nogle perioder hvor jeg har været meget afhængig af cola og generelt søde stoffer, jeg kan blive helt... fuldstændig utilregnelig altså... næsten aggressiv hvis ikke jeg får min cola altså... altså jeg kan nemmere undvære mine mine cigaretter end min cola... og nu har jeg så prøvet at skære ned på det her, altså fordi det tager virkelig overhånd (pause) altså det er det værste jeg kan vågne om natten og kan ikke sove videre før jeg lige har fået lidt cola igen altså det helt derude (Bilag 6, l. 10-15, p. 6)

Jeg har haft perioder, lange perioder hvor (pause) Hvor jeg sad i stuen om aftenen, så ku' jeg ik' eksistere uden en slikpose... Jeg fik det, hvis jeg så prøvede og holde op så var det virkelig ligesom sår en øhh, uden at jeg i øvrigt har prøvet det men ligesom en kold tyrker, altså... Øhh... Man ku' virkelig mærke at man manglede noget... (Bilag 3, l. 7-11, p. 5)

En informant beskriver yderligere, hvordan han kan blive helt opstemt ved udsigten til at kunne spise, og at det er svært at modstå impulsen til handling:

Pizza den er, den ligger højt, det er the shit. Altså når jeg har, det er, det er faktisk, jeg har lagt mærke til at her på det sidste det det er helt sygt, altså jeg kan næsten sidde og smågrine mens jeg bestiller en pizza fordi jeg bliver simpelthen så høj af det. Så deet.. hvis jeg ska', hvis jeg ska' nå at ryk på det og undgå det ska' jeg, så det svært altså. Så skal der være en der sidder ved siden af mig og siger: "nu tager du dig sammen mand" (Bilag 6, l. 18-23, p. 10)

En informant mener, som nævnt ovenfor, at misbrug kan være genetisk nedarvet. Hertil beskriver en anden informant en social determinant ift., hvad det er, personer vælger at misbruge:

(...) jeg tror man er nødt til og ha' det med et sted fra fordi .. jo man kan selvfølgelig godt falde over det men, jeg tror man er ligesom nødt til og når man bliver voksen og selv kontrollere sin hverdag og stadig overspiser, så man ligesom nødt til at have en anden kobling der taler "ked af det, mor gav mig mad, jeg skal spise" .. agtigt

I: Så det er ligesom tillært fra ens forældre

S: Ja ... langt hen ad vejen tror jeg. For ellers ku' man lige så godt bare gå ind og ryge noget hash og drik' nogle bajere, altså (pause) så at det lige er det valg det falder på, det noget man har indprentet et eller andet sted. (Bilag 6, l. 26-6, pp. 15f)

6.1.2 Psykologiske faktorer

6.1.2.1 Body image

Hvad angår body image fortæller alle informanter, at de har eller har haft et negativt forhold til deres egen krop. Vedrørende aspektet om kropstilfredshed beskriver alle informanter en utilfredshed. For alle gælder det, at vigtigheden af krop og vægt er afgørende for måden, de har det med sig selv på. De beskriver det som værende betydningsfuldt for hhv. deres følelser omkring sig selv, deres selvværd samt selvopfattelse. Eksempler på dette er:

Ja, det tror jeg der da, vægt tænker jeg [...] har en stor betydning. Øhh... Fordi at, når man er, hvis man tvangsoverspiser, og så noget så, jeg tror, altså det kan måske os' godt være, jeg tror med mange spiseforstyrrelser, kan være ud fra det der med at man godt vil tabe sig eller. Det er jo sådan set lige meget hvor tyk eller hvor tynd man er, at man godt vil tabe sig. Det jo, følelsen, så jeg tror vægt har bestemt [...] stor betydning. Samtidig med os' stor, har det altid, altså haft stor betydning for mig dengang os'. Jeg ku' godt veje mig flere gange om dagen. Og os', men os' efter, jeg har tabt mig, der har det jo stadig fyldt så meget. (Bilag 5, l. 14-22, p. 21)

Vejr mig nogen gange både morgen og aften... Øhh, jeg øver mig i og la' være, men øhh... Det ka' ødelægge min dag hvis jeg lige pludselig vejer et halvt kilo eller et kilo mere end jeg gjorde for to dage siden altså... Så får jeg en dårlig start på dagen i hvert fald (Bilag 3, l. 8-11, p. 10)

Om utilfredshed med kroppen fortæller en informant, at det for ham bl.a. er et dårligt selvværd, der påvirker hans kropstilfredshed:

(...) jeg synes i hvert fald, uanset hvor meget jeg har arbejdet med mig selv de, de sidste år, sån' altså så, hvor meget selvtillid jeg, jeg kan vise at jeg har og hvor meget selvtillid jeg kan have i ting, så synes jeg stadig at mit selvværd er enormt ringe, og altså mit eget billede af mig selv altså, det er ikke særligt godt. Og uanset hvad folk ligesom komplimenterer mig om, at hvad jeg kan eller præsterer eller hvordan jeg ser ud eller noget, så får jeg altid vendt det til noget negativt inde i hovedet fordi mit billede af mig selv, er dårligt. Så, og jeg slet ikke er tilfreds med hvordan jeg ser ud (Bilag 4, l. 21-28, p. 9)

6.1.2.2 Vægt og vægtregulerende adfærd

Ift. at overvægt kan gå forud for udviklingen af BED-symptomer, er alle informanterne enige. Hertil beskriver alle informanter, at de har været overvægtige fra barnsben. Informanterne har i barn- og ungdom haft en oplevelse af at være større end andre jævnaldrende. Tre informanter fortæller hertil, at de på dette tidspunkt ikke har oplevet deres udseende eller vægt som et problem eller oplevet overvægten som en følge af et problematisk forhold til mad. Eksempler herpå følger:

Men jeg ved ik', jeg tror [...] dengang tænkte jeg bare ik' over det, for jeg har altid har været tyk. Så jeg ved ik' om jeg tænkte over om det var unormalt, dengang. Sån', jeg ved ikke hvor mange refleksioner der går igennem en 16-årigs hoved [...] helt seriøst så tror jeg det blev normalt for mig og spise for meget. Altså sån', uden helt kontrol. (Bilag 5, l. 6-12, p. 7)

For altid haft... jeg har altid været... altså ikke altid overspist på den måde... altså altid været glad for mad indtil... også der som ung mand, men nej ikke på den måde.... [...] jeg spiste meget men jeg ved ikke om det, ikke på samme måde... altså... jeg har bare været en sulten dreng, ikke bare spise for at spise, (mumler uklart) bare spist måltiderne (Bilag 6, l. 19-23, p. 5)

Hvad angår vægtregulerende adfærd fortæller samtlige informanter om mislykkede forsøg på varige vægttab. En informant kan datere, at forsøg på vægtregulering begyndte før BED-symptomerne, og for ham har det ikke været efter eget ønske. Samme informant fortæller yderligere om opfordring til slankeklure fra nære relationer, der selv har forsøgt sig med samme grundet overvægt:

(...) jeg har jo ik' synes det var noget problem [...] Jeg har jo bare gået med, eller fået af vide jeg sku' gå med, på det [slankeklure]. Os' fordi jeg har jo fået af vide at,

at det ik' var normalt at veje så meget, det kan jeg da huske fra sundhedsplejersken fra jeg ik' var særlig gammel af. Der har jo været forskellige episoder og så noget...(Bilag 5, l. 19-23, p. 23)

En anden informant fortæller om løbende forsøg på vægtregulering uden at specificere, hvornår det foregik relativt for debuten af symptomerne på BED:

Jeg har i mange mange mange år, døjet med overvægt... Øhm... Og øhh har prøvet alverdens slankekure og. Ja tælle og... Alt muligt. Øhh indtil... Ja, så her til nytår, så tænkte jeg: ”nu skal det bare være nok”. Så laver man det der klassiske nytårsfortsæt. Øhh og det har jeg gjort så mange gange før (...) (Bilag 3, l. 12-15, p. 1)

Yderligere fortæller en informant om flere nære relationer, der, gennem hans opvækst, har været på kur, men også at han ikke selv har været bevidst om, hvorvidt han selv deltog:

Altså jeg tror ikke at jeg måske sån' specifikt har været bevidst om at jeg har været på slankekur når jeg har været sån' helt ung eller i mine teenageår, men jeg kan i hvert fald huske at både min søster og min mor har været på slankekure, altså sån' mens vi har været teenagere og sån', øhm, og de er også begge to lidt overvægtige (Bilag 4, l. 16-20, p. 11)

6.1.2.3 Emotioner

Alle informanterne er enige om, at overspisning, for dem selv, opleves som en strategi til at nedregulere negative følelsestilstande. De beskriver maden som noget familiært, de kan ty til, når noget er svært. En af informanterne beskriver ligeledes, at han bruger mad til håndtering af såvel positive som negative følelsestilstande, mens andre informanter beskriver overspisning som en måde at lægge låg på eller dulme følelser. Eksempler er:

Og jeg ved os' nu, at jeg spiser på mine følelser. Jeg spiser, når jeg er glad, jeg spiser når jeg er ked af det, jeg spiser når jeg er sur, og når jeg er frustreret og så noget så... Jeg har gjort det hele mit liv stort set... (Bilag 4, l. 1-3, p. 4)

Jeg tror måske, lidt, at, at det kan være noget af det samme som får folk, nogen folk til at tage stoffer. Måske tænker jeg det er nogle følelser der ikke bliver bearbejdet på en eller anden måde, altså, det, det kan det også godt have været for mig. [...] Det er det der med at man prøver at dulme et eller andet (Bilag 5, l. 14-18, p. 8)

Informanterne beskriver, at maden har en funktion i form af beskyttelse mod det, der er svært. Maden repræsenterer noget trygt og opleves som et redskab til at håndtere ensomhed, foruden det har en funktion i form af trøst. Eksempler er:

Har jeg det ik' godt, så, spiser jeg helt klart mere, stadigvæk os'. Har svært ved at styre det, hvis jeg har det skidt, føler mig presset, hvis jeg har haft en dårlig oplevelse. Hvis jeg har været oppe at skændes med min kone, et eller andet. (Bilag 3, l. 7-10, p. 7)

Altså for mig der har det været, [...] tryghed, [...] jeg havde en veninde, der havde været afhængig af hash [...] den måde, som hun har oplevet tryghed på ved og få lov til og ryge og blive skæv, det er den samme, form for tryghed jeg får når jeg får lov til at sidde alene og spise. (Bilag 4, l. 10-14, p. 5)

Denne funktion i form af trøst fortæller en informant er en misforstået egenomsorg, som kan være socialt tillært, og som bevirker, at man kan udvikle et uhensigtsmæssigt forhold til mad. Hertil fortæller han:

Jeg tror fordi såå, så bliver man ked af det og så render man hjem til sin mor og... jam'... så får man lige lidt, og en lille pose slik og... et eller andet... et rigtig god måde at trøste det bare mad. Og så kan man ret hurtigt få et helt forkert forhold til dét. (Bilag 6, l. 23-26, p. 15)

Selvom maden for informanterne medfører trøst, tryghed og beskyttelse mod ensomhed, har flere af informanterne oplevelser med følelser som skyld og skam, der optræder efter, de har spist:

(...) jeg følte skyld, når jeg spiste altså, bagefter. Øhh... Fordi jeg vidste jo godt det var forkert. Jeg synes i hvert fald det var forkert (...) (Bilag 3, l. 19-21, p. 3)

(...) så er der rigtig tit skam involveret, øh fordi man sår' efterfølgende skammer sig over, fordi man jo godt ved at det er forkert og spise så meget i store mængder eller forkerte sager, øhm, så, den skam man oplever sår' efterfølgende (...) (Bilag 4, l. 28-1, pp. 6f)

6.1.2.4 Personlighedstræk

Om sammenhængen mellem personlighedstræk og BED beskriver to af informanterne, at de aldrig selv har tænkt over en sammenhæng før. For de to andre informanter bliver refleksionerne henført til hhv. det at være introvert og det at være evasiv. Fx tænker en informant, at maden er noget, man er mere disponibel for at "bruge", hvis man er introvert og har lettere ved at håndtere ting alene. En anden

informant beskriver maden som en måde at kompensere for eller erstatte noget andet med. Han fortæller:

Hvis man er evasiv så (pause) hvis man er... konfliktsky... ja. Ved ikke om man kan bruge genert. Det kan da godt være hvis ikke man lige tør gå hen til pigen og sige hun er lækker at man så går ned og æder en pizza i stedet [...] Jamen jeg tror ofte det for og kompensere for et eller andet, langt hen ad vejen... hvis man ikke selv tør stille op for noget så... jamen så erstatter man de venner man ikke kan få med en ny ven jo... (Bilag 6, l. 3-8 p. 10)

Adspurg om forholdet mellem BED og impulsivitet fortæller en informant, at han ikke umiddelbart kan se en sammenhæng, men at han, ifølge en test han har fået taget, selv er en impulsiv type. Under samtalen om impulsivitet kommer samme informant frem til, at han godt kan forstå, at nogle mennesker kan se en forbindelse. Tre af informanterne oplever det som velkendt, at spisning ofte sker i forbindelse med en impuls, og at det kan være svært at modstå impulserne. En informant supplerer med tanker om, at impulsivitet måske er noget, der gælder særligt for mænd:

Impulsiv ku' jeg måske godt se det der med, at man ik', altså, man handler bare, sån', uden og tænke over det. Det tror jeg da, det tror jeg bestemt. Jeg tror måske os' mange mænd, tænker jeg. Altså at, at det der med sån, så gør man det bare. Det, det ku' jeg da godt forestille mig. At det bliver bare sån' en impulsiv handling. Øhh, fordi at, det sån' lige det der ligger først for, og så gør man bare det. Og så tænker man måske først over det, bagefter, eller sån' et eller andet. (Bilag 5, l. 23-29, p. 17)

Hvad angår forholdet mellem BED og perfektionisme finder to af informanterne dette plausibelt. Den ene oplever tilmed, at dette er gældende for ham selv. Han fortæller yderligere:

(...) perfektionismen den er jeg ikke i tvivl om den ka' påvirke psyken i hvert fald... Altså, hvis man, hvis man aldrig føler man får gjort noget godt nok så går man konstant og er træt af et eller andet... (Bilag 3, l. 9-11, p. 8)

6.1.2.5 Kognitioner

Kognitioner omkring mad spiller en rolle i ætiologiske og vedligeholdende faktorer ved BED. Informanterne fortæller ikke eksplicit om tanker, der ligger tilbage for deres oplevelse med symptomer på BED. Dog fortæller alle, hvordan tanker om sig selv og egen krop samt tanker om mad er eller har været dominerende. En

informant fortæller, at tanker om vægt og udseende kan fylde meget, men at det for ham ikke fylder hele dagen. En anden informant fortæller:

(...) os' bare den måde som man kan sån' finde på at tale til sig selv på, altså, stemmen inde i hovedet den samtale man kan have med sig selv øhm, om at, om du er jo os' bare sån' og sån' på en bestemt måde og, nu har du spist, hvorfor spiser du så ik' bare noget mere, altså, hvad, hvad gør et kilo mere altså sån'. (Bilag 4, l. 1-5, p. 7)

Alle informanterne fortæller, hvordan tanker om mad for dem kan have en altoverskyggende karakter. Disse tanker beskrives både som, at man ikke tillader sig selv at spise bestemte ting, men også ift. planlægning af det næste måltid.

Eksempler herpå er:

(...) og når jeg så endelig når dertil at nu det klaret, og hvor der skal træffes et valg, skal der ned og købes vildt ind eller skal der bestilles noget mad... altså... så fylder det bare det hele... så det, så har det taget totalt over så ka' jeg ik, så det, så det uundgåeligt næsten, altså... så der ikke rigtig noget der kan ændrer på dét (Bilag 6, l. 7-11, p. 11)

Hvis man hele tiden tænker på man ik' må, så er det for meget den lyserøde elefant. "Men du må ik', du må ik', nå nej". Tænker jo på det hele tiden ik'? (Bilag 3, l. 11-12, p. 4)

Mislykkede forsøg på abstraktion kan nogle gange ende ud i en uønsket adfærd såsom den, der beskrives i vignetten med Jens (se Bilag 1). Netop denne vignette blev anvendt i samtlige interviews til at supplere spørgsmålet om altoverskyggende tanker. Alle informanterne kan sætte sig selv i Jens' situation og relatere til sig selv, at de vil gøre det samme som Jens. De beskriver oplevelser med dikotom tænkning, hvis de først er kommet til at spise af den "forbudte" mad. Eksempler er:

(...) hvis jeg var Jens, så spiste jeg jo resten... Fordi øhh... Nu er vi jo kommet til det så ka' det os' være lige meget. Den kan jeg sagtens genkende... [...] Fordi... Man er kommet over grænsen... Man har fejlet... Og så, mængden af hvor meget man fejler... Så er det lige meget... En fejl er en fejl. Og om det så er en stor fejl eller en lille fejl det kan være lige meget... (Bilag 3, l. 23-3, pp. 9f)

Øhm jeg havde nok øhh tænkt det samme som Jens tænkte i det her eksempel i hvert fald, øhh, at, hvis man først har ideen om at man vil spise noget uanset om det er forbudt eller ej, nå men så kommer man nok os' til det, og man kommer nok heller ikke til at stoppe, bare ved og smage, man kommer nok først til og stoppe til det er helt væk (...) (Bilag 4, l. 12-16, p. 9)

6.1.3 Sociale faktorer

6.1.3.1 Kroppsidealer og medieidealisering

Alle informanter tænker, at medieidealisering og kroppsidealer kan påvirke forholdet til egen krop. De tænker alle, at mænd generelt bliver påvirket af de normer, der eksisterer om mandekroppen, selvom to af informanterne fortæller, at de ikke selv har lyst til at ligne disse medieidealiserede fremstillinger. Samtlige informanter oplever disse normer som moderne, og de mener, at det er svært ikke at blive påvirket heraf. En informant fortæller:

Der har jo altid været en modeverden og så noget ik', som, som der har været nogle skønhedsideal og alt muligt man har kigget på og det tror jeg da helt sikkert påvirker. Men jeg tror os film og så videre, bliver mere og mere fokuseret på det [...] Så jeg tror meget, ubevidst så tror jeg vi bliver meget påvirket af det (pause) Det er jo heller ik' øhh, Tom Cruise, han vejer jo heller ik' 250 kilo vel? (Bilag 3, l. 2-9, p. 12)

To af informanterne fortæller, at de selv oplever påvirkningen fra medier, fx når en attraktiv mand i en film er populær hos det modsatte køn. En informant tænker, man bliver påvirket, hvis man ikke har et godt bagland og et godt selvværd:

(...) hvis ikke man har et ordentligt bagland og, fået, ligesom fået nogen, sat en rygsæk på om hvad der rigtig og forkert og hvordan man ska' bundfælde sig i så, så kan jeg da godt forstå man, så kan man da ikke andet end at blive påduttet om hvordan man skal se ud. [...] ja det går vel sammen med selvværd langt hen ad vejen (Bilag 6, l. 11-15, p. 14)

En informant oplever personligt at være mere påvirket af fakta om de helbredsmæssige konsekvenser ved overvægt end af bestemte kroppsidealer. Han tænker hertil, at mænd generelt også bliver påvirket af fakta omkring de helbredsmæssige konsekvenser:

Så hører man det der med at mænd de lever, øhh tre år kortere i gennemsnit end kvinder og så noget og det tror jeg måske mere så noget får så måske... [...] indflydelse... Så jeg tror sån' mere fakta... Omkring sundhed. Øhh at flere mænd har, et eller andet øhh, øhh udvikler kræft fordi at man lever usundere og spiser mere kød spiser mere af et eller andet så, så noget tror jeg mere måske at mediernes påvirkning har (Bilag 5, l. 19-24, p. 25)

En informant oplever, at idealiseringen af mandekroppen i hans eget liv fx er kommet til udtryk, da en kammerat spurgte, om han ikke snart skulle til at tabe sig. Omvendt har han også selv tænkt om en kammerat, at han trængte til at tabe sig. Flere af informanterne har en oplevelse af, at idealiseringen af mandekroppen har konsekvenser for den måde, overvægt bliver opfattet på i samfundet. En informant oplever, at overvægtige personer i medier kun fremstilles i komediefilm eller i programmer, der har vægttab som omdrejningspunkt. Han fortæller videre om oplevelsen af, at der eksisterer et negativt billede af overvægtige personer som følge heraf:

(...) hvornår man sidst har set en øh, en overvægtig eller være bare sån' buttet eller tyk øhh mandlig hovedrolle i alt andet end en komediefilm. [...] de programmer vi har det er jo så noget med at når man ser tykke mennesker på tv så er det for at pege fingre eller for at de ligesom skal tabe sig, på tv, altså, og det sån', så, så det er jo måske lidt set ned på gennem medierne og være tyk, altså, hvis man er tyk så kan man kun være sjov eller os' så skal man tabe sig. Altså, så, ja, negativt billede af overvægtige, helt sikkert (Bilag 4, l. 2-9, p. 12)

6.1.3.2 Stigmatisering

Om stigmatisering af overvægtige personer tænker alle informanter, at overvægtige personer bliver behandlet anderledes, selvom det ikke er noget, de alle har oplevet personligt. Flere informanter beskriver, at de har oplevet en følelse af at blive bedømt af fremmede mennesker fx ved at blive kigget på. Denne følelse medfører et ubehag hos flere af informanterne:

Jeg ville gerne gå i noget ordentligt tøj, du ved så noget pænt tøj, moderigtigt tøj. Men det ku' man jo bare ik', fordi at man ku' ik' få det i min størrelse... (griner) Altså tit så blev tøjet lidt for småt, tænkte, sys' man måske og så... Så det tror jeg da klart at, at det kan være en årsag til os' at bibringe noget skam eller et eller andet altså sån' at jeg i hvert fald sys' det er folk de kigger efter en, og så får man måske en, det ku' jeg da godt tænke at jeg har fået, den der følelse af at så det, den øhh. Der er ikke langt til den der nederlagsfølelse tror jeg. At folk de kigger forkert på én eller (Bilag 5, l. 13-20, p. 26)

Folk de griner af mig... jeg kan ikke stige på en bus uden der er fem mennesker der griner af mig, det gør de åbenlyst (pause) det... det bryder jeg mig virkelig ikke om (Bilag 6, l. 18-20, p. 11)

To af informanterne fortæller, at følelsen af at blive bedømt eller behandlet anderledes kommer fra dem selv som følge af, hvad de tænker og føler omkring sig selv. Hertil fortæller en informant:

Øhh især hvis man først har, fået en tanke om at øhh, nu er man tyk eller... øhh det ku' være noget så simpelt som at man kommer gående på gaden og man så fanger en andens blik, og personen så smiler til en så tænker man automatisk måske, at nå men det fordi at øhh, personen har ondt af mig, eller du kan jo se jeg er den eneste tykke der er i gadebilledet så, derfor smiler de til mig, og jeg fordi de har ondt af mig eller et eller andet, og det er jo os', det er jo rigtigt, jeg er jo tyk og så noget (...). (Bilag 4, l. 8-14, p. 8)

6.1.3.3 Relationer

Tre informanter fortæller om oplevelser af at være påvirket af forskellige relationer, herunder familie og omgangskreds, i relation til hvordan de tænker om egen krop. Tre informanter fortæller, at det, for dem, ikke så meget er familien, der påvirker, og en af disse nuancerer yderligere og fortæller, at han tror, at alle relationer, man har været i, har været med til at påvirke en lille smule. En anden, af samme tre informanter, nuancerer ligeledes og fortæller om en oplevelse, hvor en nær relation har påvirket hans følelser og tanker omkring sig selv, gennem dennes opfattelse og omtale af ham:

Men jeg kan da huske de gange hvor der sådan er blevet kommenteret på det, hvor jeg blev ked af det, øhh. Så har det da været den sår, følelse... At så, ku' man da ligeså godt bare, blive endnu tykkere eller et eller andet [...] Og så spørger min niece tror jeg hun var en 3-4 år gammel dengang om hun må få et glas cola. Og så, og så siger hun: "nej for så ender du bare som din onkel Klaus". Og der står jeg lige bagved, ik'? Og min moster og som jeg ellers et godt forhold til og så noget ik' altså. Sår at du ved, og det gjorde bare ondt [...] der jeg kan huske, det var sår lidt, så ku' jeg ligeså godt bare æde og sår du ved for så var jeg bare ham den tykke alligevel så (Bilag 5, l. 11-19, p. 27)

Flere af informanterne spejler sig i og sammenligner sig med, hvordan andre jævnaldrende ser ud, og de fortæller, at det er med til at påvirke deres kropsbillede. Et eksempel er:

(...) det var jo måske nok en blanding af at man måske også har haft venner for eksempel som har set ud på en anden måde, og så har man set at de har fået opmærksomhed fra piger ved at se ud på en bestemt måde, når man ved at de for eksempel er en douche bag eller et eller andet altså sår, altså ja, og, og man sidder

og tænker s n' lidt, jeg ku' gøre det så meget bedre, men s n', der er bare ingenting, og hente for eksempel (Bilag 4, l. 6-11, p. 13)

Denne påvirkning fra relationer, som informanterne oplever, er også noget, som en informant reflekterer over, at han selv kommer til at overføre til andre mennesker:

Det er egentlig mærkeligt ik'? Synes jeg. Altså jeg har en kammerat som er, er noget kraftigere end jeg er. Alle tiders guttermand. Men jeg tager da mig selv i nogle gange og sidde og tænke: "kæft man skal han ikke snart til at tabe sig lidt, altså?" (Bilag 3, l. 18-21, p. 13)

6.1.3.4 Mobning

Om sammenhængen mellem mobning og udviklingen af BED, tænker alle informanter, at mobning kan føre til forstyrret spiseadfærd. En informant tænker, at samtlige personer, der har udviklet massiv overvægt og BED, har oplevelser med mobning fra en meget tidlig alder, og han beskriver videre, at dette også er gældende for ham selv. Samme informant tænker om denne sammenhæng, at mobning kan være med til at give en person en bestemt rolle i en klasse, der kan føre til, at personen føler sig underdanig og herpå udvikler en uhensigtsmæssig adfærd:

(...) der har man jo ligesom ret tidligt i sin skole pådraget sig, påtaget sig en rolle ... som os' på en eller anden måde afspejler et vist hierarki i klassen ... det kan da godt være man kan komme til at føle sig underdanig og så ... finder nogle dårlige vaner i det (Bilag 6, l. 23-26, p. 16)

Tre af informanterne fortæller, at de ikke har oplevet vægtrelateret mobning, hverken som barn eller voksen. Eksempler er:

Det har aldrig selv været et stort problem for mig i... På grund af vægten, synes jeg... Jeg blev mobbet med så mange andre ting [som barn], men... Ja, ik' lige vægt, synes jeg... (Bilag 3, l. 21-23, p. 12)

(...) jeg har heller ikke rigtig følt at jeg har været mobbet  hh i min barndom, eller s n', voksenliv, øhm, jeg synes selv jeg er meget social, og godt kan snakke om problemer med folk og så noget, og, så, jeg har ikke følt, altså hvis der var nogen der har mobbet mig, så har det ikke været til mit ansigt i hvert fald (Bilag 4, l. 22-26, p. 12)

6.1.3.5 Stress

Alle informanterne mener, at stress påvirker spiseadfærden, og flere fortæller tilmed om oplevelser med samme. To af informanterne beskriver følelsen af stress som noget, der kan dulmes ved at spise visse typer madvarer. Disse typer madvarer giver, ifølge informanterne, en rar fornemmelse i kroppen. Et eksempel er:

Det tror jeg os' er meget rigtigt... Jeg har selv været nede med stress i to måneder. [...] Det påvirkede mig, rigtig meget. Os' min spisning. Så det var... Det var de meget let tilgængelige kulhydrater (griner) og, så videre der blev kørt ind, altså... Det var igen og dulce. [...] Hvis man er stresset så spiser man ik' en gulerod. Jeg gjorde i hvert fald ik'. Så sku' der... Altså så var der andre ting med sukker og energi i der sku' ind. [...] det smager jo enormt, altså det er sødt og... Det giver jo, altså. Det er sgu noget andet at spise et stykke chokolade end det er at spise en gulerod. Altså. Det smager bare bedre (griner). Og øhh, og hvis man i forvejen har det lidt dårligt, så, så tror jeg man søger mad der giver en den der rare fornemmelse. [...] Så jeg tror da helt sikkert der er noget (pause) i hvis man er, presset på den ene eller den anden måde... Så går man efter de fødevarer, som øhh... Som har noget mere let tilgængelig energi. (Bilag 3, l. 13-3, pp. 6f)

Et andet eksempel er:

Hvis man render rundt og er konstant stresset og har det sådan lidt øv (suk) og ik' kan følge med, så det da meget rart lige og få noget ind dér, der frigi'r noget af det go'e i kroppen altså... på den måde kompensere (Bilag 6, l. 1-3, p. 8)

Trods opfattelsen af stress som værende noget negativt, der fører til indtagelse af visse typer mad, udtrykker en informant dog også et moralsk forbehold, nemlig at stress let kan blive en undskyldning for at købe de fedt- og sukkerholdige madvarer:

At det der stress det bliver bare en, en undskyldning, fordi at så ligger pizzamanden, på vej hjem, og så køber man pizza til aftensmad eller så noget (...) (Bilag 5, l. 23-25, p. 13)

Samme informant tænker, i tråd med ovenstående, at stress er noget, det er muligt at planlægge sig ud af ved bl.a. at forudse manglende tid og overskud og have et udvalg af mad i fryseren til disse lejligheder.

6.1.3.6 Signifikante livsbegivenheder

Stressfyldte livsbegivenheder kan påvirke ætiologien ved BED, og for nogle personer kan disse begivenheder også være udløsende for patologien (jf. afsnit 3.3.5). Tre af

informanterne beskriver nogle signifikante livsbegivenheder, omhandlende problematiske relationer til deres forældre, der ligger forud for deres BED-symptomer. Disse problematikker beskrives alle som havende karakter af svigt, og flere af informanterne tænker, at dette også kan være gældende for andre, der udvikler BED. Eksempler er:

(...) i forhold til min mor og så noget og min far, så er det jo lidt det med at jeg føler selv at jeg har været overladt lidt til mig selv, øhh fra en ung alder af [...] øhh altså min søster havde en, øhh, en curfew hun sku' være hjemme, og jeg fik lov til og gøre hvad jeg ville og, altså min søster hun sku' passe sin skole og så noget der var ik' nogen der spurgte om jeg havde lavet lektier og altså sån', så... (Bilag 4, l. 16-21, p. 17)

Altså, altså jeg tror da godt det ku' være så noget med, altså nogle svigt for eksempel øhh. Ja forældre der bliver skilt, øhh, det ku' være (pause) Ja, det ved jeg ik', det var bare fordi det er det jeg selv har oplevet ik' (...) (Bilag 5, l. 8-10, p. 9)

Vi boede på noget, sådan noget familiehjem de første par år af mit liv... og så... min far han så døde da jeg har været fem år, der har vi ikke haft noget kontakt til ham... og så har vi så i en... i en årrække boet alene, mig min mor og min søster, hvor vi så har været i en aflastningsfamilie, så da jeg var en 12-13 år kom jeg fast i plejefamilie indtil jeg var 17. (Bilag 6, l. 25-1, pp. 12f)

Tre af informanterne har oplevet et skift i deres livsomstændigheder omtrent samme tid, som symptomerne på BED tog til. Informanterne beskriver, at disse forandringer har været med til at påvirke deres spiseadfærd. Eksempler på dette er:

Så sad jeg der som 20-årig på et herberg uden arbejde uden familie og uden noget som helst... det fik mig sgu nok til lige at tage en ekstra portion. (Bilag 6, l. 1-2, p. 5)

Jeg har... Egentlig haft et meget normalt forhold til mad indtil... Ja, indtil jeg begyndte at gå på landbrugs-, eller efter jeg var færdig med at gå på landbrugsskole. Og der havde jeg været vant til at være meget fysisk aktiv og øhh... Og vant til at der sku' noget føde ind hvis der sku' nogen kræfter ud øhm... Og dengang jeg så ligesom holdt op med det så fortsatte jeg egentlig bare med og spise. (Bilag 3, l. 13-17, p. 2)

6.1.3.7 Tilgængelighed af mad

Mad med afhængighedspotentiale er, som nævnt i afsnit 3.3.6, mere tilgængeligt i nutidens samfund end førhen, og det er tilmed en hurtig og let løsning for mange. Alle informanterne er enige om dette, og de beskriver, at der er stor tilgængelighed af

fastfood, som er en hurtig og billig løsning, og som tilmed giver en god fornemmelse i kroppen. De tænker, at tilgængeligheden kan påvirke valget af madvarer.

Eksempler er:

Jeg tror da det godt ka', altså... Jeg tror godt det ka' påvirke den der øhh, fastfoodkultur og det der ik', altså... At der ligger meget fastfood let tilgængeligt rundt omkring det tror jeg da godt kan påvirke noget fordi det er jo, altså (pause) Det giver jo, altså hvidt brød og chokolade og alt det her det giver jo sån' en eller anden... Nemmere mæthedsfølelse eller hvad man skal sige. [...] Ik' for mit eget vedkommende. Der tror jeg ik' jeg er... Det er ik' sån' jeg holder ind ved hver MacDonalds og ser... Jeg tror da godt sån' generelt, at det ku' ha' nogen, påvirkning på nogen... (Bilag 3, l. 1-9, p. 6)

Og så er det bare, der er bare så meget fastfood. Altså nu bor jeg nede byen her, øhh nede i centrum det, der er bare, jeg har, alt, vi har alt inden for 500 meter, der kan jeg komme til 15 forskellige lande og spise nærmest altså. Og altså, det jo... Så det er jo meget tilgængeligt ik'... Det er jo ik' så dyrt (...) (Bilag 5, l. 4-8, p. 12)

En informant har yderligere gjort sig tanker omkring, at personer fra lavere socialklasser i samfundet er mere tilbøjelige til at vælge den let tilgængelige og ofte usunde mad:

(...) der er måske også lidt en skævvridning i forhold til øhh, i forhold til øhm... Øhh hvad hedder sån' social ulighed og så noget, tænker jeg ik'? Altså der er også, jeg er ret sikker på, der, der er nogen undersøgelser der viser, at, de kører meget på DR1 med sån' et tema lige nu om social ulighed. Det der med at jo, jo færre penge du har og så noget. Altså jeg er vokset op med en mor, der, der sån'. Vi har altid, vi har... Der har bare altid været nok penge og så noget ik'. Og der har altid været prioriteret økologisk mad. Så det er jo ik' fordi jeg kommer fra sån' et hjem. (Bilag 5, l. 13-20, p. 12)

6.1.4 Komorbiditet

Om komorbiditet ved BED er alle informanterne enige om, at overspisning aldrig optræder som eneste lidelse eller symptom, og alle informanter tænker eller har oplevet, at især depression spiller en væsentlig rolle ved overspisning. Ifølge informanternes forståelse hænger komorbide lidelser tæt sammen med overspisning:

(...) det ene lidt avler det andet eller bliver symptom for det. Symptom for et eller andet tror jeg... Det tror jeg... Øhh det ka', det har jeg os' fra højskolen af at, altså. Der var jeg meget overrasket over hvor mange psykiske problemer, altså det, hvor meget det. (Bilag 5, l. 6-9, p. 29)

Jeg tror ik' der er nogen der overspiser uden og ha' et problem med et eller andet...
(Bilag 3, l. 17-18, p. 17)

Flere informanter finder det svært at skelne mellem, hvorvidt BED skal anskues som en følge af anden lidelse, eller om BED forårsager andre lidelser. Der er eksempler på, at informanterne tænker, at anden psykisk lidelse kan være en følgesygdom af overspisning:

(...) jeg blev faktisk øhh testet for øhh depression hos min egen læge inden at jeg blev øhh, kom hos LMS, øhh og der testede jeg positiv øhm i sån' et spørgeskema man skulle udfylde, øhm men efterfølgende da jeg så snakkede med dem hos LMS så sagde de er det er meget tit var en, var en følgesygdom af, netop tvangsoverspisninger så jeg måske ikke, lider af depression men at det var på grund af tvangsoverspisningen at jeg øhh følte mig deprimeret (Bilag 4, l. 20-25, p. 13)

Hvis det bliver ved med og fylde så meget og måske bliver ved med og, eller, og begynder og fylde mere og mere og mere. Så på et eller andet tidspunkt så bliver man da deprimeret over det. Eller... Angst for hvad skal der ske eller... Begrave sig i et hul med alkohol eller, alt mulig andet. (Bilag 3, l. 16-19, p. 14)

6.2 Interventioner

De afsnit omhandlende interventioner, der i dette afsnit vil blive præsenteret, er hhv. arbejde med sig selv, betydningen af ikke at være alene, individuel intervention, adfærdsintervention, farmakologisk intervention samt inddragelse af pårørende.

6.2.1 Arbejde med sig selv

Om interventioner ved BED fortæller samtlige informanter, at man skal lære sig selv at kende i denne spiseforstyrrelse, og at man, som flere af dem fremlægger, skal *arbejde med sig selv*. Hertil handler det for informanterne om at arbejde med deres selvbillede, selvforståelse og at opnå selvindsigt. Ingen af informanterne kommer med konkrete eksempler på, hvordan man kan, eller hvordan de selv har arbejdet med fx deres selvbillede eller selvforståelse.

Informanterne betoner vigtigheden af at finde frem til, hvad det er, der forårsager spiseproblemerne, og de beskriver hertil en oplevelse af, at der eksisterer nogle bagvedliggende problematikker ved BED, og at det er ift. disse, der skal interveneres:

(...) jeg ku' godt forestille mig at det for mange at det noget der ligesom er et symptom på noget andet [...] at det sån' ligesom noget man gør fordi der er noget andet galt, ja... Så, det vil jeg næsten kun anbefale alle at gøre... Finde frem til roden af problemet (Bilag 4, l. 32-4, pp. 14f).

(...) folk der har et generelt problem [...] de ska' mærke efter i sig selv. Helt nede og finde ud af hvor tingene rører sig... så skal de få lagt nogle strategier for og få analyseret hvad de gør forkert, mærke hvilke følelser der rører sig og finde ud af hvor det går galt, så finde ud af hvor henne (Bilag 6, l. 16-20, p. 13)

6.2.2 Betydningen af ikke at være alene

Alle informanterne oplever det som noget meget positivt at vide, at de ikke er alene om at have disse spiseproblematikker. Det er vigtigt for dem at føle sig accepteret og føle sig som "normale" mennesker. Dette er noget, der for dem opnås ved at finde støtte hos andre mennesker med samme spiseproblemer. Eksempler er:

Fordi det altid bare nemmere med nogen der kender noget til det. (Bilag 5, l. 18-19, p. 37)

(...) og så bare høre nogen andre mennesker sætte ord på de samme tanker jeg har gået med, det var sån', ja, det var, jeg er jo normal, at jeg passer ind, altså sån' den der form for accept, at der ligesom er et... Øhm, det det her med, man kan sætte ord på, det er ikke mig, der fejler noget altså sån' oven i hovedet ik'? Det var, det var rigtig rart (Bilag 4, l. 19-23, p. 3)

Informanterne anser gruppeterapi, eller deltagelse i en støttegruppe med ligesindede, som værende en optimal del af en intervention ved BED. Fx bliver det af en informant foreslået at danne en støttegruppe for folk med BED tilsvarende Anonyme Alkoholikere. Disse grupper oplever informanterne som en rigtig god mulighed for at opnå den form for støtte, som de har brug for. Grupperne kan bl.a. hjælpe dem ud af følelsen af at være ensom samt hjælpe dem til i mindre grad at isolere sig. Eksempler er:

(...) mh ja man vil nok klare det, i gruppe opleve et større fællesskab... ff, føle jeg er accepteret i en større grad når man er flere om det, der et andet omfang på det... jeg tror, jeg det, hvis jeg ku' vælge idag så tror jeg, jeg ville vælge en gruppe... for os' bare... der er noget andet i hvis man, hvis man sidder hjemme og er isoleret, og så der noget helt andet professionelt over at skulle mødes med en terapeut eller psykolog eller hvad det var, i forhold til at sku' hen til sin gruppe, det får en anden... altså, en eller anden vennestemning og social karakter af at skulle derhen (Bilag 6, l. 22-28, p. 19)

(...) i første s n'  jemed der tror jeg i hvert fald at det hjælper folk ligesom og få af vide at der er andre der har det samme som en selv, at man ik' er alene med de tanker man har, og søn' at man ik' er alene med problemstillingen og s n', altså fordi det kan være enormt s n' frustrerende og ensomt og så noget og tro man er den eneste, som måske fejler noget eller ik' ka', ik' ka' forklare hvorfor man har det s n' som man har det, det var i hvert fald den følelse jeg havde, da jeg snakkede med nogle mennesker der havde det på samme måde, at jeg ligesom, der er andre,  hm... Så helt klart snak med andre der har det samme, det vil i hvert fald kunne afhjælpe  hh en eller anden form for isolation og ensomhed og, at man står alene med problemet (...) (Bilag 4, l. 8-17, p. 13)

Flere informanter fortæller, at det at være sammen med andre ligesindede også er en hjælp til at forstå, hvordan de selv har det, og hvordan de oplever deres egne spiseproblematikker. En informant fortæller:

Så vil man nok få noget mer' "aha det sådan det hænger sammen", ved at tale med nogle andre om det, og på den måde også ku' nikke genkendende til hvad de føler (Bilag 6, l. 8-10, p. 19)

6.2.3 Individuel intervention

Til trods for den enighed, der eksisterer blandt informanterne om, at forskellige former for gruppeforløb er et vigtigt element ift. accept og normalisering, forholder de sig positivt til at arbejde individuelt med deres spiseproblematikker. Det g r de især ift. terapi og dels også ved former for selvhjælp.

Om interventioner giver en informant udtryk for, at gruppeterapi ikke er tilstrækkelig, da han fortæller, at han, under et ophold på et behandlingssted for overspisning, manglede en form for individuelle samtaler:

Men ja, det, der var kun et sted, og de havde  t forløb og det var et gruppeforløb og så noget, så de havde heller ikke individuelle samtaler eller nogen form for coaching, eller, psykologsamtaler eller noget. Det var bare s n' gruppeterapi. (Bilag 4, l. 1-3, p. 2)

Alle informanter er enige om, at individuelle terapiforløb er en god interventionsmulighed. Hertil fortæller flere, at terapi er en god hjælp til at blive opmærksom på de bagvedliggende problematikker ved BED. Et eksempel er:

Jeg tænker det er et super godt redskab... netop f or, for at finde ud af hvad der rører sig. Det nok... nemmere at blive opmærksom på hvad der rører sig i den

proces når man fortæller det til andre i stedet for man bare selv sidder og tænker over det (Bilag 6, l. 3-5, p. 19)

Selvom individuel terapi, af alle informanter, opleves som et fornuftigt valg mht. at få hjælp til sine spiseproblemer, beskriver to af informanterne det ligeledes som en situation, der kræver meget, og som kan være svær at håndtere:

Jeg tror måske, jeg tror måske der var meget rart sår' individuelt, og bearbejde, men det er fandme os' hårdt ik', altså, tænker jeg. Det er en stor belastning. (Bilag 5, l. 6-8, p. 32)

(...) for der os' igen forskel på og ku', ku' håndtere og sidde alene med sin behandler, for der kan man, i og med det er professionelt kan man godt være lidt nede og sidde og putte sig (Bilag 6, l. 1-3, p. 20)

Ved individuel intervention, både mht. terapi og selvhjælp, finder informanterne det vigtigt, at de selv tager initiativ til forandring, samt at de selv lærer at håndtere svære situationer. Eksempler følger:

Men man kan sige, hvis, hvis jeg selv kommer til en psykolog, så er jeg allerede nået et skridt af vejen, for så er det mig selv der har taget beslutningen. Så jeg tror, det er det, igen med at, bliver du tvunget til det, eller bliver du, altså så jeg tror hvis man selv tager noget af skridtet. (Bilag 5, l. 16-19, p. 32)

(...) hvis du vil lære dig selv og håndtere det på en daglig basis, fordi man, man kommer ikke ud for det når man sidder sammen med en behandler og er ii, bliver taget hånd om, man skal lære og tackle det når man står i situationen [...] det vil også give en helt anden stolthed, oprejsning i selv at ha' gjort det, som netop giver de der positive oplevelser som man skal, skal bruge til og mønstre den næste energi til den næste situation, og sige der gjorde jeg det (Bilag 6, l. 6-12, p. 21)

Jeg er sikker på, hvis det var noget jeg bare fik serveret, uden og sku' yde noget selv, så virkede det ik'... Øhh... Ja fordi det, ja. Jeg tror bare ik' på at jeg ændrer noget (Bilag 3, l. 16-18, p. 16)

Om individuel intervention, udført som selvhjælp, forholder flere af informanterne sig positivt til tilgangen, såfremt der er tilknyttet en form for tovholder. Det bør ikke være et arbejde, man udfører helt på egen hånd, da informanterne mener, at der er brug for en at læne sig op ad og finde noget støtte i. Det er, ifølge en informant, i hvert fald ikke det, der skal gøres først. Eksempler på dette er:

Men stadigvæk så holder det ik' hvis der ik' er en tovholder i det. Som, laver noget opfølgning på det og. Der er noget og snak om det os' (Bilag 3, l. 11-13, p. 16)

Jeg tror bare ik' man kan overlade sår, så meget. Jeg tror på, jeg tror det måske en for hård belastning for, for de fleste. Og sku' være overladt, jeg er sikker på der er en god læring i det, og der er noget vigtigt i det, i ens sår måske, mønstre. Det at man kan identificere de der ting. Men det tror jeg måske ik' man skal gøre først... (Bilag 5, l. 5-8, p. 33)

6.2.4 Adfærdsinterventioner

Om adfærdsinterventioner tænker informanterne, at slankekur er en midlertidig symptomløsning og ikke en virkningsfuld intervention på sigt. En informant udtrykker eksplicit, at der, ved disse former for interventioner, mangler fokus på det psykologiske aspekt ved overspisning. Alle informanter fortæller, at selvom det er vigtigt for dem at tabe sig, er det ikke selve vægttabet, der er det vigtigste at have i fokus i forbindelse med behandling af BED. Eksempler på dette er:

Det jo ik' hvor mange kalorier man putter i munden. Øhh det sys' jeg jo ik' det er. Det er jo, det er jo adfærden i det og mønstrene bag ved [...] De fleste folk der er overvægtige har prøvet at tabe sig. Du skal ik' fortælle dem hvor lidt de skal spise. Det ved man udmærket godt. Og man ved godt hvad der er skidt. Man ved godt hvad der er godt [...] hvis de gjorde hvad de godt vidste så, tror jeg ik' der havde været så mange overvægtige... (Bilag 5, l. 21-6, pp. 34f)

Slankekur det sku' forbydes... I min optik... Fordi at det øhh... Det gør kun noget dårligt ved mennesker... Hvis, hvis de ik' er super gode til det, og synes de får noget fedt ud af det... Øhh... Det noget andet... Man ska' ændre... (Bilag 3, l. 22-25, p. 11)

Ift. til udførelsen af fedmeoperationer som intervention ved BED er alle informanterne kritiske, og de anser ikke denne intervention som en løsning på de problemer, der er forbundet med overspisning. Eksempler på dette er:

Hmm lige præcis i hvert fald fedmeoperation der vil jeg ikke anbefale nogen, fordi jeg sys', hvis man ik' ligesom får arbejdet med det der ligesom trigger ens øhh, ens følelser, så, vil man bare komme til at spise sig selv op igen, og udvide sin mavesæk igen og så noget (Bilag 4, l. 1-4, p. 16)

Han endte jo med og begå selvmord... Efter han havde fået en gastric bypass for han troede jo han ku' spise, blive ved med og spise. Og det... Og han endte med og hænge sig selv... Og det er jo super trist, fordi... Det beviser jo bare, at den operation hvert fald ikke er for alle så det kan. Altså den, jeg er ik' stor fan af den.

Af det, jeg sys' det bare er symptomløsning, altså sån' samfundsmæssig symptomløsning og det pisse dyrt (Bilag 5, l. 8-13, p. 34)

Om adfærdsændring ved overspisning fortæller tre informanter, at overspisningen skal kanaliseres over i en anden adfærd. Hertil anses motion som en måde at erstatte overspisning på. Eksempler er:

Altså så må man prøve og fokusere på noget andet. Og så finde ud af i øvrigt hvad man ellers ka' få noget nydelse ud af... Eller dæmpe, lægge låg på med, altså [...] så tror jeg det handler mere om at finde ud af hvad er de ting, hvad er det jeg ka' erstatte alt det her mad med (Bilag 3, l. 27-3, p. 14f)

(...) altså her sån' efter jeg har tabt mig, det der med for eksempel at, så løbe maraton og halvmaraton, løbe maraton endnu hurtigere og løbe marathons igen og løbe endnu hurtigere end det og så noget, altså, så det tror jeg at det... Så har man sån', fundet den der anden ting... Og kanalisere det over i (pause) (Bilag 5, l. 1-5, p. 17)

6.2.5 Farmakologisk intervention

Ift. farmakologisk intervention anser informanterne medicinsk behandling som enten midlertidig symptomløsning eller som noget, der i værste fald skal indtages som supplement til anden behandling. Alle informanter er dog afvisende over for et positivt udfald af denne type intervention alene, og de mener, at dette ikke er en løsning på overspisningsproblemer. Eksempler på dette er:

"Spis en pille, så har du det godt". Sån' fungerer det bare ik' her. Altså der skal noget langvarig sån', og det der med, det der med det har jeg erfaret fra mig selv, det tager lang tid og bearbejder nogen ting. (Bilag 5, l. 11-13, p. 30)

Der er jo et eller andet i det som, som ik' går væk bare fordi du tager en pille. Så efter de to år hvor du har været i medicinsk behandling så tænker du, "okay nu vil jeg ik' tage det mere" jamen, men. Jeg vil da mene at så, sandsynligheden for at det vender tilbage er da, forholdsvis stor... (Bilag 5, l. 22-26, p. 35)

6.2.6 Inddragelse af pårørende

Om inddragelse af familie eller andre pårørende i behandlingen af BED, er tre informanter overbeviste om, at det er et vigtigt element. En enkelt informant oplever sig selv som værende for sårbar ift., at andre bliver inddraget i, hvordan han har det

med sin overspisning. Ham og en anden informant oplever det som en svær følelsesmæssig proces at inddrage andre:

(...) så vil jeg føle at jeg var, alt for, for åben, øhh og for sårbar i forhold til, at jeg ik' vil føle at jeg har noget at skjule mig bag længere sår' at de vidste alt om mig, øhh i hvert fald i forhold til det, og lige med det der tror jeg er lidt for, lidt for sårbar i forhold til at dem der står mig aller nærest sku' vide det, altså i hvert fald vide alt om det (Bilag 4, l. 27-7, pp. 16f)

Men så tænker jeg, jeg tænker at det er vigtigt der er pårørende med, men jeg tror igen os' det er svært fordi der er sår', det meget sår', det der det stigma og skam og, så noget. At det gør det bare rigtig svært. Men jeg tror ik' man kan klare det alene. (Bilag 5, l. 18-21, p. 36)

Informanterne oplever intervention med inddragelse af pårørende som et godt tiltag ift. at få hjælp til både at få støtte, og at de pårørende kan lære at forstå de problemer, informanterne har grundet deres overspisning. Hertil er der bl.a. en informant, som nævner, at det sikkert heller ikke er nemt at være pårørende i denne situation. En anden informant kommenterer på de pårørendes rolle i interventionen, hvor det er vigtigt for ham, at de pårørende ikke fungerer som et kontrollerende element, da dette ikke vil have en gavnlig effekt:

Ja det tror jeg da ka' være fornuftigt nok. Altså hvis... Hvis min kone ik' var klar (griner) over hvordan jeg havde det... Så så tror jeg, ja så tror jeg det var klogt at inddrage hende i det. Ja... Men det sku' ik' være som så noget, så noget med at så, en der sku' hjælpe med og holde kontrol på det... Det ville, det ville ik' virke (Bilag 3, l. 9-12, p. 18)

6.3 Sammenfattende analyse

Ud fra de fire interviews tegner sig et overordnet billede af, at BED opleves som et multifacetteret fænomen, hvor såvel biologiske som psykologiske og sociale faktorer ved lidelsen påvirker og påvirkes af hinanden i et dynamisk samspil. Dette ses både ift. informanternes personlige oplevelser, men også ud fra deres mere overordnede tanker om årsager til BED. Interventioner ved BED opfattes, i tråd med dette, som noget, hvor der ikke er én løsning, og hvor der ikke blot er én ting, der skal sættes ind overfor.

6.3.1 Samlede overvejelser om ætiologiske forhold

Ift. de biologiske faktorer, der er inddraget i interviewguiden, er alle informanterne delvist enige. De fleste informanter afviser, at BED skulle have et genetisk ophav for dem selv, og de betoner i stedet miljøets betydning. En enkelt informant er ikke afvisende over muligheden for et genetisk potentiale, når BED anskues som et misbrug. Samme informant tænker selv, at han har et misbrugsgen, og han fortæller videre, at flere af hans familiemedlemmer har oplevelser med misbrug.

Informanterne har alle en oplevelse af, at mad, som er rig på sukker og fedt, har et afhængighedspotentiale, og de har tilmed erfaret dette på egen krop i form af abstinenssymptomer, udmøntet i fysiologiske symptomer, men også psykologiske i form af overvældende tanker og impulser om mad. De ser ydermere en relation mellem maden med afhængighedspotentiale, og den mad, der er appellerende, når en person oplever stress.

Psykologiske faktorer fylder betydeligt i informanternes tanker om årsager til BED. De tænker alle, at de har eller har haft et negativt body image, hvor kropsutilfredsheden har påvirket deres selvværd. Alle informanterne har en historie med overvægt fra barnsben, og forholdet til mad har, i denne årrække, været positivt og blot forbundet med en god appetit for flere af dem. Det at spise meget har været en vane, som ikke har haft islæt af tvang før senere i livet. Hvad angår personlighedstræk er dette diffust for flere af informanterne at forholde sig til. To beskriver med egne ord en introvert eller evasiv karakter som en mulig medvirkende årsag til overspisning, mens de alle ser en relation mellem impulsivitet og overspisning og flere ligeledes relationen til perfektionisme. Det virker på flere af informanterne til, at impulsivitet ikke ses som et iboende træk, men mere som en adfærd. En informant supplerer med tanker om, at mænd generelt set er impulsive.

Informanterne beskriver BED som et psykologisk fænomen. Ydermere beskriver de den adfærd, der karakteriserer BED, men også årsager til BED, som værende påvirket af et samspil mellem tanker, følelser og handlinger. Tankerne, der påvirker, omhandler mad, men også tanker omkring sig selv, herunder fx det at tale grimt til sig selv. Disse tanker kan have karakter af selvstigmatisering. Derudover fylder tankerne om, hvad andre mon tænker om informanten. Særligt de negative,

følelsesmæssige tilstande er for informanterne relateret til årsager til BED. Dette dels i relation til forholdet til mad, der beskrives som socialt overført, dels også ift. hvilke følelser, der igangsætter overspisning. De beskriver alle maden som virksomt til at håndtere negative følelser. Der ses i denne forbindelse en cirkularitet, da tanker og følelser, af informanterne, opleves som ledende til overspisninger, men disse handlinger medfører igen negative tanker og følelser. De giver udtryk for en ambivalens, idet overspisningen på den ene side nedregulerer de negative tanker og følelser, men samtidig ofte ledsages af følelser som skam og skyld.

Sociale faktorer er, ifølge informanterne, blandt de mest essentielle årsager til BED. Nok beskriver informanterne BED som et psykologisk fænomen, men de betoner samtidig miljøets betydning ift. udviklingen af forholdet til mad og i relation til udviklingen af forholdet til egen krop. Informanterne beskriver sociale faktorer, der relaterer sig til samfundet generelt, til familien samt til jævnaldrende.

Informanterne tænker, at mænd bliver påvirket på et samfundsmæssigt plan, hvilket kommer til udtryk gennem, at de alle bekræfter, at mænd bliver påvirket af de kropsidealer, der fremstilles i medier m.v. De tænker yderligere, at mænd bliver påvirket af de stereotyper, der eksisterer omkring overvægtige personer. De oplever dog ikke, at de personligt selv har et ønske om at ligne de kropsidealer, der fremstilles i medierne. Flere af informanterne har en oplevelse af, at overvægtige personer i medier fremstilles som noget negativt, som noget der er komisk, og som noget der skal ændres.

Informanterne tænker, at den usunde mad er mere tilgængelig i nutidens samfund, og at det muligvis påvirker nogle personers valg af mad. For flere informanter gælder det også deres eget valg af mad. En informant reflekterer desuden over, at den tilgængelige, billige og usunde mad, særligt appellerer til personer fra lavere socialklasser.

En betydelig social påvirkning er, for informanterne, i høj grad familierelaterede faktorer. De tænker alle, at forholdet til mad er determineret af, at *man har set, hvad andre gør*. Flere beskriver, hvordan maden, i deres familier, er blevet brugt til andet end blot at sikre den fysiske overlevelse. Flere beskriver fx, at de har lært at håndtere negative følelser og begivenheder ved at spise.

Flere informanter har oplevelser med, at nære relationer, der i større eller mindre grad er overvægtige, har været på slankekur, og informanterne er, qua deres egen overvægt fra barnsben, blevet opfordret til at gå med på vognen. Disse informanter mener dog ikke selv, at dette har påvirket deres forhold til deres krop.

Yderligere fortæller tre af informanterne om nogle signifikante oplevelser, der er præget af brud, som går forud for BED-symptomerne, og som alle involverer familiære relationer.

Informanterne mener, at deres forhold til egen krop er påvirket af deres body image, men at kropstilfredsheden også er påvirket af venner og jævnaldrende. Det, at have et ønske om at opnå det samme som jævnaldrende, har for flere informanter påvirket deres kropstilfredshed. De associerer det at være attraktiv hos det andet køn med et bestemt udseende på baggrund af, hvordan deres venner ser ud og får respons fra det andet køn. Forholdet til egen krop kan også tænkes at være påvirket af sammenligning med jævnaldrende, men også af forhold som mobning relateret til udseende. En af informanterne har tilmed oplevelser med samme.

Kompleksiteten ved BED afspejles ligeledes i informanternes tanker og overvejelser omkring komorbiditet. BED opleves af informanterne som en kompleks problematik, der sjældent står alene, dels fordi den opleves som invaliderende i en sådan en grad, at den kan medføre depression og angst, dels at den muligvis også kan være forårsaget af samme. At misbrug kan forekomme samtidig er for informanterne ikke overraskende. De oplever selv, at misbrug, hvad end det er af mad, alkohol eller andet, er socialt determineret. De fortæller, at de ligeså godt kunne have misbrugt andet end mad, men at netop dette valg er påvirket af, hvad de har set og lært.

6.3.2 Samlede overvejelser om interventioner

Overordnet ses mønstre i data hos informanterne, der gælder for interventioner ved BED. Informanterne oplever BED som en lidelse, der kommer til udtryk psykologisk, og i tråd med dette tænker de, at BED skal behandles som dette frem for som blot en uhensigtsmæssig adfærd, der kan korrigeres via slankekure etc. Det er for informanterne essentielt at identificere de mønstre, der ligger til grund for BED-symptomerne og arbejde med mønstrene bag frem for med adfærden alene. De betoner vigtigheden i at arbejde med sig selv i denne proces, og yderligere

vigtigheden i selv at gøre en aktiv indsats. De udelukker ikke adfærds- og farmakologiske interventioner generelt, men mener ikke at disse kan stå alene i et behandlingsforløb ved BED. I forlængelse til dette har flere af informanterne negative oplevelser med adfærdsinterventioner i form af slankekure, såfremt disse fungerer som intervention alene. Adfærdsændringer, i form af hjælp til kostomlægning, er et godt tiltag som supplement til anden intervention, hvor der arbejdes med det psykologiske aspekt. Ligeledes anses det af informanterne som værende nødvendigt at erstatte overspisningen med en anden adfærd, fx motion.

Det, at finde støtte hos andre, der har oplevelser med samme problematik, er noget, alle informanter understreger vigtigheden af, og flere har tilmed oplevelser med samme. Det handler især om at kunne føle sig ”normal”, accepteret, forstået og ikke mindst at føle, at de ikke er alene med problemet. At høre ligesindede personer sætte ord på deres problemer med overspisning er, ifølge flere informanter, med til at øge forståelsen for deres egen problematik.

Kapitel 7. Diskussion

Vi har gennem analysen illustreret faktorer, som specialets informanter oplever som betydningsfulde ift. årsager og interventioner ved BED. Med afsæt i analysen vil vi nedenfor præsentere tre afsnit. Først præsenteres en diskussion af de mønstre, der kan ses i informanternes tanker og oplevelser om årsager til BED. Andet afsnit omhandler samme, men om interventioner. I forbindelse med den viden, vi har opnået gennem vores interviews, er der visse forbehold, der nødvendigvis må iagttages. Derfor vil tredje og sidste diskussionsdel omhandle en kritisk refleksion over vores fremgangsmåde samt vores fundne resultater. Afslutningsvis vil vi kommentere på nogle af de implikationer, vores fund i specialet kan have.

7.1 Mønstre i informanternes tanker og oplevelser om årsager til BED

I overensstemmelse med forskning, der peger på, at ætiologien ved BED er multifacetteret, finder vi i dette speciale, at de inkluderede informanternes tanker og oplevelser om årsager til BED, ligesom litteraturen, afspejler en bred og nuanceret forståelse af fænomenet. Informanterne har en oplevelse af og tanker om, at såvel biologiske som psykologiske og sociale faktorer har indflydelse på senere udvikling af BED. Den betydning og rolle, som hhv. biologiske, psykologiske og sociale faktorer bliver tildelt, er stort set entydig blandt informanterne, der ligeledes giver udtryk for visse indbyrdes sammenhænge og påvirkninger mellem disse faktorer. Dog bliver nogle faktorer vægtet særligt i forbindelse med de helt tidlige indflydelser, mens andre bliver fremstillet som konsekvenser af disse tidlige indflydelser.

To informanter er enige om, at BED kan have et potentielt genetisk ophav, hvilket overlapper fund i forskningen. Dog har tre af informanterne ikke en oplevelse af, at deres egne spiseproblematikker har et genetisk ophav. Én informant oplever, at overspisningen hos ham selv afspejler et misbrugsgen. Ligeledes er der i forskningen fundet indikationer på en genetisk indflydelse ved afhængighed (Smith & Robbins, 2013, p. 806). At BED af denne informant opleves som et misbrug er meningsfuld

taget i betragtning af de biologiske ligheder, der i forskningen er fundet mellem BED og misbrug. Dels fordi det er de samme signalstoffer, der udløses ved mad som ved alkohol og narkotika, dels at abstinenssymptomerne ved ophør er de samme (Ibid., pp. 804f). I tråd med misbrugsproblematikker har alle informanter en oplevelse af, at mad er vanedannende og afhængighedsskabende. Informanterne fortæller, hvordan deres tanker om mad kan have et nærmest tvangsmæssigt præg, og at de har svært ved at styre impulserne til handling. BED er diagnostisk kategoriseret som en spiseforstyrrelse og ikke en misbrugslidelse, men det er alligevel interessant at overveje, hvorvidt de symptomer på afhængighed, som informanterne har oplevet, muligvis er med til at forstærke den uhensigtsmæssige overspisningsadfærd.

En anden forstærkende faktor kan muligvis være den lette tilgængelighed af mad med afhængighedspotentiale. Informanterne enten har eller har haft en oplevelse af, at de lette løsninger og den fede, sukkerholdige mad er særligt attraktiv i perioder, der fx har været præget af stress eller negative oplevelser. Ift. den eksisterende forskning om neurobiologiske mekanismer ved BED kan behovet for mad være påvirket af biologiske mekanismer såsom kortisol- (Gluck, 2006, p. 27) eller dopaminniveau (Brownley et al., 2015, p. 11; Davis, 2015, p. 526). Informanterne fortæller dog om oplevelser med påvirkninger af følelsesmæssig karakter, og overspisningen er dermed, for informanterne, ikke blot en ubetinget respons på fysiologisk afhængighed af mad. Den fysiologiske afhængighed, informanterne beskriver, kan muligvis ses som en konsekvens af overspisningen frem for som en årsag til overspisningsadfærden i sig selv. Dette understøttes af informanterne, der oplever, at overspisning er en reaktion på psykologisk ubehag. Fx fortæller en informant, at maden har kunnet løfte ham op, når han har været nede. Derudover oplever han at have været afhængig af mad pga. den tryghedsfølelse, det giver ham at spise.

Informanterne fortæller om overspisning som et dysfunktionelt handlemønster, der er forbundet med skam og ubehag. Samtidig beretter de, at overspisning har et formål og en funktion i form af nedregulering af emotionelt ubehag. Disse mønstre i informanternes tanker overlapper fund i forskningen omhandlende selvregulering, hvor overspisning anskues som en copingstrategi, personen kan anvende til at håndtere emotionelle tilstande (Ferriter & Ray, 2011; Fischer & Munsch, 2012). Her

fremhæver informanterne særligt de negative emotionelle tilstande. Informanterne oplever, hvordan de negative følelser og tanker determinerer deres handlinger, samt hvorledes det er svært at opretholde kontrol over egen spiseadfærd, når negative følelser samt tanker og handlingsimpulser vedrørende mad er til stede. En informant beskriver det som, hvis han får at vide, at han ikke må tænke på en lyserød elefant, at så er det umuligt for ham ikke at tænke på den. Samme informant har været på utallige slankekure, der alle er mislykkedes for ham. I forskningen ses denne vægtregulerende adfærd ligeledes hos personer, der overspiser (jf. afsnit 3.2.1.2). At maden fylder så meget i informanternes tanker kan indikere, at restriktiv spisning og et skærpet fokus på kost faktisk kan have den modsatte effekt, hvor informanterne har sværere ved at flytte fokus fra mad. Omvendt kan det også ses som et udtryk for, at den psykologiske funktion, som informanterne oplever, at maden har, er et ufravigeligt behov uagtet lede ved kroppens fremtoning.

Der er studier, der viser, at personer med BED har en mere kompulsiv adfærd end kontrolgrupper (Voon, 2015, p. 570; Wu et al., 2014), og det er blandt nogle forskere diskuteret, hvorvidt BED bør klassificeres som en kompulsiv lidelse (McElroy & Kotwal, 2006, p. 117). Dette understøtter, at BED ikke blot er udtryk for en fysiologisk afhængighed, men at det er en foretrukken handlingsstrategi af andet ophav. Kompulsivitet italesættes af informanterne som påtrængende og gentagende kognitioner samt impulser til handling, som er svære at modstå. Vedrørende impulsivitet som et personlighedstræk ses interessante afvigelser fra den gennemgåede litteratur (jf. afsnit 3.2.3). Informanterne har oplevelser med impulsivitet og genkender det at spise på en impuls. Dog er det interessant at bemærke, at informanterne ikke af sig selv tænker om impulsivitet som et personlighedstræk, der kan påvirke udviklingen af overspisning. Snarere beskriver de det som en adfærd, der primært vedligeholder den uhensigtsmæssige adfærd og ikke som et iboende personlighedstræk.

Samstemmende med den prædisponerende personlighedsmodel (Lavender et al., 2015, pp. 418f) har informanterne flere overvejelser om, hvorledes personligheden kan påvirke udviklingen af overspisning. To informanter fortæller, at de relaterer overspisning til personer, der er evasive eller introverte, og som har tendens til at finde metoder til at håndtere psykologisk ubehag, som kan udføres alene. At disse

karakteristika fremhæves og begrundes således af informanterne er interessant, set i relation til Degortes et al., der beskriver BED som en lidelse, hvor personen har en ringe evne til interpersonel problemløsning. Hos personer, der udvikler BED, ses ofte en historie med interpersonelle problemer, der kan have traumatisk karakter, og som kan bevirke, at personer vælger at løse deres problemer på egen hånd, fx gennem overspisning (Degortes et al., 2014, p. 381). Tre informanter fortæller om oplevelser med interpersonelle problemer af denne type, og de fortæller om disse oplevelser som gående forud for deres spiseproblematik. En informant fortæller, at han har følt sig overladt til sig selv, som barn, af sin familie, hvilket han oplever som værende en del af, hvorfor han helst søger problemløsninger, han kan klare på egen hånd. Samme informant beskriver hans dårlige selvværd som relateret til problematiske episoder med et familiemedlem i barndommen. En anden informant beskriver hans forældres skilsmisse i barndommen som et svigt, hvilket, han tænker, kan være en mulig årsag til hans senere udvikling af overspisning som copingstrategi.

Selvom informanterne forstår overspisning som forårsaget af psykologiske faktorer, henfører de valget af mad, som strategi til at håndtere negative følelser og oplevelser, tilbage til tidlige sociale forhold. Hvor den gennemgåede litteratur om ætiologi i kapitel 3 har et særligt fokus på, hvordan relationer påvirker forholdet til kroppen, supplerer informanterne med oplevelser om vigtigheden af, hvorledes relationer også mere direkte påvirker forholdet til mad. Samtlige informanter tænker, at deres forhold til mad har ophav i barndommen, hvor de især har oplevet, hvordan deres mødre har håndteret negative, følelsesmæssige tilstande med mad, både deres egne og informanternes. Flere informanter fortæller hertil, at ens handlinger afspejler det, man ser, at andre gør. I tråd med dette skriver Lassen: *"Familien informerer barnet om, hvordan man opfører sig, tænker, taler osv. Familien informerer også barnet om, hvilke følelser der er velkomne, og hvilken følelsesmæssig kommunikativ stil, der foretrækkes."* (Lassen, 2008, p. 97). Det, at informanterne er blevet introduceret til, at den usunde mad kommer på bordet, når der sker noget ubehageligt, og når noget er svært, er, ifølge informanterne, med til, at maden betragtes som et redskab til at håndtere problemer og ubehag. Informanterne oplever altså forholdet til mad som en funktion, der er funderet i tidlige oplevelser. Familien former det handlerum, som informanterne har til rådighed, når noget er svært og medvirker til, at valget netop falder på mad og ikke alkohol fx. En informant fortæller fx, i denne forbindelse, at

grunden til at valget falder på mad som middel er, at denne adfærd er indprentet et sted fra, da der ellers lige så vel kunne være tale om brug af alkohol og hash til samme formål.

Informanterne beskriver, hvordan overspisning kan udvikles som følge af et psykologisk ubehag, der er præget af negative følelsesmæssige tilstande og tanker. Informanterne henfører det psykologiske ubehag til ydre belastninger af forskellig karakter. Hertil er det interessant, at der i forskning om stress og overspisning er fundet, at psykologisk stress kan medføre øget indtag af mad, herunder særligt de fedt- og sukkerholdige madvarer (Cameron et al., 2011, p. 81; Gluck, 2006, p. 27). Harrington et al. beskriver, i tråd med dette, at BED kan være påvirket af stressende hændelser eller livsbegivenheder (Harrington et al., 2006, pp. 214f). Dette mønster ses hos flere informanter, hvor én fx beskriver, hvordan hans overspisning tog til, efter han mistede sit arbejde, mens en anden informant fortæller, hvorledes behovet for sukker steg i en periode, da han gik ned med stress.

Andre informanter fortæller, hvordan de er blevet påvirket af oplevelser med pårørende, men også fremmede mennesker. En informant har tanker om en indirekte oplevelse, hvor han forestiller sig, at en person smiler til ham på gaden, og hans reaktion er, at denne person udelukkende smiler til ham, fordi han er tyk, og at personen derfor har ondt af ham. Dette kan opfattes som, at det er informantens tanker og forventninger omkring den anden persons tanker og adfærd, der fører til det psykologiske ubehag, og som får ham til at købe mad. Dette betoner særligt de sociokulturelle teorier om stigmatisering, hvori det beskrives, hvorledes en persons selvopfattelse og reaktioner på andre mennesker er påvirket af de gældende normer, der eksisterer i samfundet (Lassen, 2008, pp. 96ff). Her er overvægt og fedme et mål for stigmatisering og associeres med negative egenskaber (Gordon, 2000, p. 140; Puhl & Suh, 2015, p. 1). Møller forklarer, at man under alle omstændigheder som fed føler sig negativt betragtet af andre, fordi: *"...man er sig bevidst, at man bærer fedmen som et negativt tegn."* (Møller, 2006, p. 51). Lassen beskriver, i samme lys, hvordan en persons selvopfattelse udvikles hhv. ud fra, hvordan andre reagerer på personen, og hvordan personen oplever andres reaktioner. Personen lærer at se sig selv med andres øjne (Lassen, 2008, pp. 96f). I tråd med dette beskriver en informant vigtigheden af at have et godt bagland, for som han siger, hvis ikke man har: *"(...) en*

rygsæk på om hvad der rigtig og forkert og hvordan man ska' bundfælde sig i så, så kan jeg da godt forstå man, så kan man da ikke andet end at blive påduttet om hvordan man skal se ud ... så ja det jeg os' ... det jeg os', ja det går vel sammen med selvværd langt hen ad vejen" (Bilag 6, l. 12-15, p. 14). Hvis personen ikke har fået de "rigtige" værdier med fra sit bagland, er personen altså muligvis særligt udsat for at udvikle et lavt selvværd og kropsutilfredshed.

Denne selvstigmatisering, hvor personer tillægger sig selv de egenskaber, som de tror, andre tilskriver dem, oplever vores informanter dog ikke fra barnsben. Dette til trods for, at alle informanterne har været overvægtige fra en tidlig alder, hvilket forskning viser er relateret til en øget risiko for senere udvikling af spiseforstyrrelser (Strother et al., 2012, p. 347). Dette synes dog ikke at gælde for informanterne, der ikke beskriver den tidlige overvægt som værende relateret til deres problematiske forhold til egen krop og mad. Det at være overvægtig har været normalt for informanterne, og de har, i denne periode af deres liv, ikke selv oplevet overvægten som et problem. De har, som børn, modsat teorier og fund i forskning inden for feltet (Smolak, 2011, pp. 69f), ikke oplevet kropsutilfredshed. Informanterne fortæller, at de først senere i livet har oplevet, at deres selvværd er blevet afhængigt af deres kropstilfredshed. I den eksisterende forskning ses, at dette er fundet mest typisk for kvinder (jf. afsnit 3.2.1.1), men i nærværende speciale, fortæller de mandlige informanter ligeledes om denne faktor som afgørende. Fx fortæller en informant, hvordan hans selvværd svinger i takt med tallet på vægten, mens en anden informant fortæller, at uanset hans selvtillid i ting, så er hans selvværd ringe og forbundet med en utilfredshed med kroppen. Flere informanter oplever dog ikke blot selvopfattelsen og selvværdet som værende påvirket af kropstilfredsheden, men også at selvværdet og selvopfattelsen omvendt påvirker kropstilfredsheden. Denne oplevelse har flere studier ligeledes fundet gældende hos drenge, men hvor forfatterne beskriver et forbehold for, at det kan være svært at adskille årsager fra konsekvenser (Ricciardelli & McCabe, 2011, p. 87).

Trods informanternes uproblematisk forhold til egen krop i barn- og tidlig ungdom har flere informanter oplevet, at deres overvægt var et problem for andre personer i deres omgivelser, og flere informanter har været på slanketure på opfordring fra skolen eller familien. Derudover er flere informanter vokset op med mødre og søstre, der åbenlyst har forsøgt sig med vægtregulerende adfærd, og som har givet udtryk

for, at informanterne ligeledes skulle påtage sig denne adfærd. Grundet disse oplevelser med familiemedlemmer kan det tænkes, at kroppen anses som havende en vigtig betydning i de hjem, informanterne kommer fra. Informanterne har oplevet kropsutilfredshed hos deres nære relationer, som ligeledes har udtrykt utilfredshed over informanternes udseende. Informanterne har dog ikke selv en oplevelse af, at deres forhold til deres egen krop er påvirket heraf. Dette er interessant set i lyset af studiet af Vincent og McCabe, hvor deres resultater indikerer, at opfordring til vægttab, frem for kritik, diskussion og udformning af adfærdsændringer, er en signifikant prædiktør for spiserelaterede problemer. Dette forklarer de ved, at drenge, i mindre grad end piger, udsættes for diskussion omkring vægt og vægtregulering fra signifikante andre. Når drenge så af signifikante andre bliver opfordret til at tabe sig, har det en signifikant påvirkning på vægtrelateret adfærd (Vincent & McCabe, 2000, p. 218).

I tråd med ovenstående fortæller informanterne, hvordan jævnaldrende kammerater har påvirket deres tanker om deres egen krop. Dette overlapper fund i forskningen, der viser, at særligt hankøn er påvirket af kommentarer fra jævnaldrende (González et al., 2015, p. 868; Vincent & McCabe, 2000, p. 205). De påvirkninger, informanterne fortæller om, afviger dog fra disse fund, da de oplever påvirkningerne af en anden karakter end kritiske kommentarer og opfordring til vægttab. Tre af informanterne er fx aldrig blevet mobbet pga. deres udseende, og de er aldrig blevet omtalt negativt af deres venner. Informanterne påpeger i højere grad årsagen til kropsutilfredshed med, at de har oplevet, hvad deres slanke, jævnaldrende kammerater har opnået i form af opmærksomhed fra piger. En informant fortæller fx, hvordan han har tænkt, at den opmærksomhed, han har oplevet, kammerater få fra piger, har været pga. kammeraternes udseende frem for indre kvaliteter. Informanterne oplever det som betydningsfuldt at opnå positiv kontakt med piger, og de oplever, at der er en sammenhæng mellem udseende og de reaktioner, som de og deres jævnaldrende får fra omgivelserne.

Den negative krops- og selvopfattelse kan, ifølge sociokulturel teori og forskning, ligeledes forstærkes af medieidealiseringer om en bestemt kropstype (Strother et al., 2012, p. 351). I tråd med dette fortæller en informant: *"(...) hvornår man sidst har set en øh, en overvægtig eller være bare sån' buttet eller tyk øhh mandlig hovedrolle i alt andet end en komediefilm."* (Bilag 4, l. 2-4, p. 12). Samme informant fortæller, at

bestemte typer mænd, i film, kan score, hvem de vil pga. deres udseende, hvortil der igen ses referencen til vigtigheden af opmærksomhed fra det modsatte køn.

Informanterne tænker, at mange mænd er påvirket af kropsidealer, der fremstilles i medierne. To informanter fortæller, i denne sammenhæng, at de ikke selv føler sig påvirket til at skulle ligne bestemte medieidealiseringer, og at de selv har et realistisk kropsideal. De ønsker at være slanke, men har intet ønske om at ligne en bestemt person, der optræder i medierne fx Brad Pitt, hvorfor de ikke selv føler sig påvirket af medieidealiseringerne. En anden informant tænker, at alle, i en eller anden grad, ubevidst er påvirket af de skønhedsidealer, der præsenteres i medierne. Han fortæller hertil, hvordan hans kropsopfattelse muligvis ubevidst er påvirket af disse idealer, men også at han sammenligner sig med, hvordan hans nære relationer ser ud. Dette virker til at være mere vigtigt for ham. Han oplever, at denne påvirkning ikke bare er ift. hans egen krop, men også andres: *"Men jeg tager da mig selv i nogle gange og sidde og tænke 'kæft man skal han ikke snart til at tabe sig lidt, altså?'"* (Bilag 3, l. 19-21, p. 13). Samme informant reflekterer herefter over, at andres udseende er vigtigt for ham, muligvis fordi det er vigtigt for ham selv. Hans tanker kan ses i relation til de negative stereotyper, der eksisterer om overvægtige personer, nævnt ovenfor.

7.2 Mønstre i informanternes tanker og oplevelser om interventioner ved BED

Informanterne giver, gennem deres tanker og oplevelser, udtryk for en klar overbevisning om, hvad der er virksomt, når der intervereres ved BED. Informanterne har selv flere erfaringer med interventioner ud fra deres egen overspisningsproblematik, og deres erfaringer herom afspejler en nuanceret forståelse af fænomenet. Dette kommer til udtryk ved informanternes oplevelse af, at der ikke er én virksom intervention til behandling af BED. I stedet fortæller de, at behandlingen bør bestå af flere komponenter, der griber om alle de forskellige aspekter, der eksisterer ved spiseforstyrrelsen, hvilket stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2003, p. 60).

I tråd med, at overspisning, af informanterne, opleves som psykologisk, betoner de vigtigheden af at arbejde med det, der ligger bag den uhensigtsmæssige adfærd, frem for at intervenere mod adfærden alene. Det kunne derfor være forventeligt, at informanterne ville foretrække terapi over andre psykologisk orienterede interventioner, hvor de har et tæt og intensivt samarbejde med én behandler over en periode. Informanterne har dog mere overordnede tanker om, hvorledes det er muligt at arbejde med de psykologiske aspekter ved en spiseforstyrrelse. De oplever det som essentielt at arbejde med sig selv, hvorved det er centralt at lære sig selv at kende samt at forstå mønstrene, der ligger til grund for overspisningen. De forstår eller oplever alle terapi som et middel til dette arbejde. De tillægger sig selv en stor del af ansvaret i dette arbejde med sig selv, og flere informanter fortæller, hvordan det er vigtigt for dem at få redskaber, der kan lære dem at håndtere deres problemer på daglig basis på egen hånd. I tråd med dette ser flere informanter ligeledes potentialet i selvhjælp og psykoedukation. Informanternes motivation for denne type tilgang, samt deres indsigt i, hvad der bør interveneres med, synes samstemmende med forskningen. Her findes den største effekt i behandling af BED ift. netop disse typer interventioner frem for adfærdsinterventioner og farmakologiske interventioner.

Informanterne oplever adfærdsinterventioner med fokus på vægttab som midlertidige symptomløsninger, da informanterne tænker, at adfærdsinterventioner ikke sigter mod afdækning af det bagvedliggende og netop derfor ikke kan stå alene i et behandlingsforløb. En terapeutisk intervention kan og bør, ifølge informanterne, suppleres af interventioner, der omhandler kost og motion. I tillæg til forskning, der foreligger på området, beskriver Zwaan ligeledes, at BWL ikke er en intervention i sig selv, og at det patologiske ved overspisning bør behandles som det første, før der interveneres med BWL (Zwaan, 2001, p. 54). Informanternes oplevelse med BWL afspejler resultaterne fra flere studier, der viser, at BWL er effektivt hos overvægtige personer med lav grad af psykopatologi associeret til overvægten (Amianto et al., 2015, p. 15).

Selvom informanterne forstår disse former for adfærdsinterventioner som midlertidig symptomløsning, har de selv erfaringer med flere forskellige former for adfærdsinterventioner målrettet vægttab. Disse tiltag ligger for flere informanter både

før og efter spiseproblematikkens fremkomst og er motiveret af informanternes kropstilfredshed samt ønske om vægttab. Informanternes kropstilfredshed kan, i tråd med de sociokulturelle teoretiseringer, formodes at være påvirket af kulturelle tilskrivelser om vægt og krop samt stigma om overvægt (jf. afsnit 3.3.2; 3.3.3). Dette oplever flere informanter dog, som nævnt i 6.1.3.1, ikke at være særlig påvirket af, men de tænker, at disse idealiseringer godt kan påvirke andre personer med samme problematik. Derimod oplever informanterne, som nævnt, en indirekte påvirkning fra deres jævnaldrende, hvorfor motivationen for den vægtreducerende adfærd muligvis kan henføres hertil. En informant tænker ligeledes, at mænd påvirkes og motiveres til forandring mere af de helbredsmæssige konsekvenser ved overvægt end ved de æstetiske.

For flere af informanterne er det en vigtig faktor at have støtte fra andre, sideløbende med eller som en del af behandlingsprocessen. Informanterne beskriver to forskellige former for støtte; støtte fra pårørende og støtte fra ligesindede. Støtte fra pårørende handler for informanterne bl.a. om, at de pårørende, ved at være inddraget i terapi, bedre kan forstå, hvordan informanterne har det. Derudover er det vigtigt for informanterne at vide, at der er nogen, der vil være der for dem, foruden at det også er en måde for informanterne ikke at føle sig alene i arbejdet med spiseforstyrrelsen. Dog fortæller en informant, at han tror, det kan være svært at inddrage pårørende i behandlingsprocessen grundet skam og stigmatisering ift. mænd og spiseforstyrrelser, men samtidig mener han, at man ikke kan klare det alene. Om støtte fra pårørende beskriver Valbak, at familieterapi ofte anvendes ved andre spiseforstyrrelser, og hun beskriver videre, at pårørende også kan have brug for støtte og rådgivning (Valbak, 2010, p. 468). I forbindelse med samtale om inddragelse af pårørende fortæller en informant, i samme lys som Valbak forklarer, at det sikkert heller ikke er nemt at være pårørende. En enkelt informant fortæller dog, at det for ham ikke vil være konstruktivt at inddrage sin familie i terapi, da han ikke har lyst til at inddrage dem i sine inderste tanker og følelser om sin spiseforstyrrelse. Familieterapi er en intervention, der ofte benyttes til andre spiseforstyrrelser, som AN og BN hos mindreårige (ibid.), men på baggrund af informanternes udsagn, er der noget, der tyder på, at det i visse tilfælde med voksne, der har BED, også kan være en givtig interventionsform mht. støtte.

Udover at være positivt stemt for at inddrage pårørende i terapi, fortæller en informant samtidig, at de pårørende ikke skal have en rolle i form af et kontrollerende element, der holder øje med, hvad der bliver spist. Informanten fortæller, at denne måde at inddrage pårørende ikke vil have en positiv effekt. Dette giver mening set i lyset af, at informanterne tænker, at overspisning er et personligt anliggende, som de selv skal arbejde med, og at pårørende fungerer som en støtte og omsorg snarere end, at de skal have en behandlerfunktion. Støtte er altafgørende for informanterne, men der ses en overordnet forskel på, hvilken funktion støtten har fra hhv. ligesindede og pårørende.

Om støtte fra ligesindede fortæller informanterne om et positivt udbytte gennem deltagelse i en form for støttegruppe, gruppeterapi eller på anden måde gennem kontakt til andre mennesker, der oplever samme problematikker. Denne kontakt til ligesindede medfører, ifølge informanterne, en følelse af at være ”normal”. Denne normalisering opnås bl.a. ved, at informanterne, blandt ligesindede, føler sig accepterede og som en del af et fællesskab. Ligeledes finder de støtte i at vide, at andre har det på samme måde og har nogle af de samme tanker, som informanterne selv har. Flere informanter nævner også, at støtte fra ligesindede kan afhjælpe en følelse af ensomhed. Om gruppeterapi ved spiseforstyrrelser anbefales der kønsspecifikke terapigrupper bl.a. grundet den stigmatisering og skam, der eksisterer om mænd med spiseforstyrrelser (Collier, 2013, p. 137; Strother et al., 2012, p. 352). Collier samt Strother et al. fortæller hertil, at mænd, grundet disse elementer, er særligt sårbare individer (Collier, 2013, p. 137; Strother et al., 2012, p. 352), hvilket kan understøtte informanternes behov for at føle, at de ikke står alene med problemet. Strother et al. forklarer, at ved at høre andre mænd åbne sig op om problemer relateret til mad eller krop, føler mænd sig i større grad trygge ved at fortælle om egne problematikker, hvilket også kan være med til at ændre overbevisningen om, at spiseforstyrrelser kun er forbeholdt kvinder (Strother et al., 2012, p. 352).

Flere informanter bekræfter, at overspisningen skal erstattes med eller kanaliseres over i noget andet, herunder en anden adfærd. Tre informanter beskriver, hvorledes motionering kan være en måde at håndtere overspisningsadfærden. En informant forklarer eksplicit, at det for ham handler om at finde ud af, hvad han kan erstatte

maden med. Han fortæller hertil, at fokus på maden skal flyttes til noget, der på samme måde som mad kan lægge låg på eller dæmpe det, som er svært. Hertil nævner han motion som en måde at opnå samme nydelse, som mad giver ham. En anden informant fortæller, i tråd med dette, at han tidligere, i forbindelse med vægttab, oplevede en større glæde ved motionering, end han før har følt ved at spise. Ligeledes fortæller han, at det, til forskel fra at spise, ikke gav ham ”moralske tømmermænd”. På baggrund af dette kan kanalisering af overspisningsadfærden over i motionering, for informanterne, ses som en mere hensigtsmæssig måde at håndtere impulserne.

Ovenstående giver anledning til at overveje, om maden udgør en funktion for informanterne, der umiddelbart ikke kan stoppes. Hvorfor lige motionering for informanterne virker som en løsning, kan muligvis have noget at gøre med, at træning og motion i større grad er socialt accepteret i det samfund, vi lever i i dag. Som nævnt i kapitel 1 er der i nutidens samfund et stort fokus på sundhed, kost, træning og kroppen. På tv ses ofte programmer, der handler om at etablere en ny og sundere livsstil; der medfølger slanke- og motionsguider i diverse magasiner og blade, og på sociale medier ses dagligt flere indlæg, som har træning, motion og sund kost som fokus. Der er bl.a., gennem medierne, blevet sat lighedstegn mellem det gode liv og det at være sund. Fremstillingen af sundhed indebærer bl.a. motion, hvilket muligvis bidrager til, at informanterne anser motionering som en hensigtsmæssig adfærd, der potentielt kan udgøre samme funktion for dem, som maden kan. En informant fortæller, at han på et tidspunkt har motioneret mere, end hvad der er sundt, og han er dermed bevidst om, som Lichtenstein og Støving også beskriver, at overdreven motionering kan være usundt (Lichtenstein & Støving, 2010, p. 8). Samme informant fortæller, at han efter at have tabt sig har løbet maraton og har presset sig selv til at gennemføre disse hurtigere for hver gang. Lichtenstein og Støving diskuterer i en artikel, publiceret i *Psykolog Nyt*, en ny afhængighedslidelse, *motionsafhængighed*, hvori de beskriver, at nogle af aspekterne bl.a. er tiltagende træningsmængde og tvangspræget fysisk træning (Ibid.). Taget i betragtning, at alle informanter bl.a. kan se overspisning som en form for afhængighed, er det relevant at overveje, hvorvidt kanalisering af overspisningsadfærd over i motionering egentlig blot er samme afhængighed i nye klæder. Motionsafhængighed bliver af Lichtenstein og Støving fremsat som noget,

der er påvirket af en kulturel tendens, hvor fokus er på at være slank og fysisk stærk. På baggrund af litteraturen fremlægges motionsafhængighed som en ny type spiseforstyrrelse, der primært udtrykkes gennem overdreven træning, men som faktisk er relativt identisk med spiseforstyrrelser (Ibid., p. 10). Hvis overspisning for informanterne er en afhængighed eller potentielt udvikler sig til en, er det måske ikke udelukket, at de, på baggrund af Lichtenstein og Støvings fremlæggelse af motionsafhængighed, muligvis kan opleve at blive afhængige af motion, såfremt de erstatter overspisningsadfærden med motionering.

7.3 Kritisk refleksion over resultater og fremgangsmåde

Med den viden, vi har opnået gennem vores interviews, fremlagt i kapitel 6 samt i afsnit 7.1 og 7.2, er der visse forbehold, der nødvendigvis må iagttages. Neden for præsenteres en kritisk refleksion over iagttagede forbehold, herunder en diskussion af specialets resultater og fremgangsmåde. Disse forbehold præsenteres under overskrifterne: validitet, repræsentativitet og reliabilitet til trods for, at disse kriterier oprinder fra positivistiske idealer for god videnskab. Kvalitativ forskning kan, i et positivistisk perspektiv, ikke betegnes som andet end en fejlkilde, og dermed ikke som en videnskabelig metode, da viden udledt fra denne type forskning ikke er objektiv, men subjektiv, og dermed behæftet med bias (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 76), hvilket umuliggør idealet om at generere lovmæssigheder. Omvendt er forskning, med afsæt i positivistiske kriterier for god videnskab, blevet kritiseret for at være ukritisk, da denne type forskning ikke medtager betydningen af fx samfundsvidenskab og historie. Dog argumenterer Kvale og Brinkmann for, at positivistiske metoder har bidraget til at bringe forskning inden for samfundsvidenskab ud over myter og commonsense forståelser (Ibid.). Dette ved at påpege vigtigheden af at anvende og rapportere om gennemsigtige metoder, hvis man som forsker vil opnå videnskabelige data, da dette giver mulighed for:

”(...) intersubjektiv kontrol og kritik af forskningsresultater, hvilket kan modvirke subjektiv og ideologisk ensidighed i forskningen.” (Ibid.).

Gennem analysen, fremlagt i kapitel 6, ser vi nogle diskrepanser i informanternes udsagn, hvilket vi, i dette afsnit, vil forholde os kritisk til. Ligeledes kaster vi et kritisk blik på rekrutteringen af vores informanter, men også et kritisk blik på hvordan vi har påvirket processen, herunder i forbindelse med udvælgelse af teori, formulering af spørgsmål, kodning af data m.v.

7.3.1 Validitet

Ifølge Alvesson er det vigtigt ikke at have en simplificeret opfattelse af en interviewsituation og en informant og blot antage, at informanten udelukkende er en sandfærdig og moralsk fortæller. Derimod er interviewet en kompleks social situation, og forståelsen af forhold, der kan påvirke denne, kræver en refleksiv tilgang med afsæt i teoretiske ståsteder. Uden refleksion risikerer anvendelsen af interviewdata at være naiv, og fortolkningerne kan være tvivlsomme (Alvesson, 2003, p. 14).

Validitet henfører til, hvorvidt en metode reelt undersøger det, der er hensigten, samt i hvilket omfang resultaterne afspejler de variable, der søges undersøgt (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 272). Der er flere forhold, som muligvis kan have anfægtet de tanker og oplevelser, informanterne giver udtryk for i interviewene. Som vi nævner i kapitel 3, kan flere af de oplevede faktorer ved BED, vi snakker med informanterne om, fx vægtudsving (jf. afsnit 3.2.1.2), repræsentere en ætiologisk faktor ved lidelsen, men ligeledes en vedligeholdende faktor. Et problematisk aspekt ved dette, der potentielt anfægter validiteten i data, er her, at informanternes oplevelser potentielt kan afspejle et vedligeholdende aspekt ved lidelsen, som ikke nødvendigvis var til stede før lidelsens udvikling.

Der ses andre potentielt problematiske forhold; informanterne er reflekterede og nuancerede i deres tanker og oplevelser om både årsager og interventioner ved BED, men flere steder ses diskrepanser i deres udsagn, der muligvis påvirker validiteten i studiet. Disse diskrepanser har fået os til at overveje, om det, informanterne fortæller, rent faktisk afspejler det, de mener, eller om det kan være et produkt af andre forhold.

Informanterne giver på flere måder udtryk for at have en modsætningsfyldt forståelse af deres egen rolle i udviklingen af BED. På den ene side fortæller informanterne om deres problemstilling som noget psykologisk, og at det problematiske forhold til mad oprinder i, at de "bare gør", hvad de har set andre personer gøre, og hvad andre personer har lært dem. Dette kan ses som et udtryk for en form for ansvarsfralæggelse fra informanternes side ift. deres situation, men på den anden side udtrykker informanterne en vis ansvarlighed ift., hvad det er, der har påvirket deres kropsopfattelse samt overspisningsadfærd.

To informanter fortæller, hvordan de spiser grundet selvmedlidenhed relateret til overvægten. De fortæller, at de overspiser, fordi de synes, det er synd for dem, hvilket kan ses som et udtryk for, at informanterne fremstiller sig selv som en slags ofre. I tråd med dette beskriver en informant, hvordan man i et interventionsforløb hos en psykolog let kan komme til at føle sig nede og "putte sig". Offerpositionen kommer også til udtryk hos en anden informant, der, som tidligere nævnt, fortæller om en indre oplevelse af, at en fremmed person på gaden har ondt af ham, fordi han er tyk. Informanten giver udtryk for, at dét, at personen har ondt af ham, er berettiget, for som han siger: "*(...) det er jo rigtigt, jeg er jo tyk*" (Bilag 4, l. 13-14, p. 8).

Denne offerrolle, som informanterne kan antages at have påtaget sig, ville stå fint i forlængelse til, hvis informanterne oplevede, at deres forhold til egen krop er påvirket af ydre omstændigheder såsom familie, jævnaldrende og medier, og at de dermed ikke selv har kunnet gøre hverken fra eller til.

Til trods for, at flere informanter fortæller, hvordan diverse relationer tidligere har opfordret dem til at tabe sig, afviser de dog at være påvirket heraf. Hos en af disse informanter ses en ambivalens komme til udtryk ift. at være påvirket af familiære relationer, idet han tænker, at *alle* relationer, en person indgår i, er med til at påvirke en lille smule, givetvis i en forkert retning. Samtidig oplever han ikke selv at være påvirket af alle disse relationer.

Ovenstående afvisning fra informanterne kan muligvis ses som et udtryk for, at informanterne selv oplever et ansvar i relation til at have udviklet kropstilfredshed og overspisning. Denne følelse af personligt ansvar er måske ligeledes med til, at de fleste informanter afviser, at BED, for dem, skulle have et genetisk ophav. Trods informanternes afvisning af at være påvirket af andre, er det svært ikke at overveje, hvorvidt informanterne måske alligevel er påvirket af de eksisterende normer for kropsidealer samt påvirkninger fra familiære relationer.

En informant giver udtryk for en diskrepant holdning til, hvorvidt familierelationer påvirker forholdet til egen krop eller ej. Denne informant oplever, som nævnt tidligere (jf. afsnit 6.1.3.3), at han ikke selv er påvirket af opfordringer til slanketure fra familien. Dog fortæller samme informant om en oplevelse med et familiemedlem, der har påvirket ham. Her oplevede informanten, hvordan et familiemedlem talte negativt om ham og hans overvægt bag hans ryg. Denne oplevelse gjorde, modsat opfordring til vægttab, indtryk på informanten, der beskriver, at han blev ked af det og tænkte, at han lige så godt kunne spise endnu mere.

Andre informanter giver implicit udtryk for at være påvirket af de normer, der eksisterer for kropsidealer. Flere giver fx udtryk for, at de påtager sig eksisterende stigmatiseringer om overvægt, i og med de tror, at andre tænker negativt om dem pga. deres overvægt. Flere informanter er ydermere vokset op med opfordring til slanketure, og en informant tænker selv negativt om andre overvægtige personers udseende. Informanterne giver i det hele taget udtryk for gerne at ville tabe sig og ændre udseende, selv om det ikke er dét, der, ifølge dem selv, er kernen i problemet samt det, der skal være omdrejningspunkt ved en intervention.

Informanterne betoner således det personlige ansvar i såvel årsager til og interventioner ved BED. En informant henfører adskillige gange valg af mad og overspisning til et personligt valg, og en anden informant betoner vigtigheden i selv at yde en indsats under et behandlingsforløb. Det er altså for informanterne vigtigt selv at have kontrol og selv at tage ansvar.

Ifølge Alvesson anvender individet, det han kalder kulturelle scripts, i en interviewsituation (jf. afsnit 5.1.1). Hertil kan overvejes, at ovenstående udtryk for personlig ansvarlighed, muligvis kan være et udtryk for dette. Alvesson mener i denne forbindelse, (jf. 5.1.1), at individet kan være påvirket af de moralske konventioner, der eksisterer i den gruppe, informanten identificerer sig med, men også at individet i det hele taget er påvirket af de diskurser, der eksisterer i samfundet. Ifølge Møller lever vi i dag i et overflodssamfund, og her har slanketure et formål om at tilnærme kroppen de herskende kropsidealer (Møller, 2006, pp. 44f). Slankhed er i nutidens samfund et sundhedstegn, hvorfor det at være slank er forbundet med noget positivt og fører til anerkendelse (jf. afsnit 3.3.3). Ifølge Møller er der tale om en decideret fedmeforagt i nutidens samfund, hvor studier viser, at fedme sågar stigmatiseres af de fede selv (Ibid., p. 48). Kroppen er blevet et moralsk

anliggende og derfor også et offentligt anliggende (Lassen, 2008, p. 112). Er man fed, viser man sig ude af stand til at leve op til normerne, og dette signalerer svaghed (Møller, 2006, p. 47). Anerkendelse fra andre er, ifølge Møller, særlig vigtigt i dagens samfund, hvor individet potentielt er friset fra social arv og sociale tilhørsforhold. Det er nu op til individet selv at konstruere sin egen identitet, da intet længere er givet på forhånd. Fordi individet stadig har behov for bekræftelse, og qua frisættelsen ikke kan bekræfte sig selv via faste holdepunkter, står individet i et afhængighedsforhold til andre, hvor individet sammenligner sig med andre ud fra ydre tegnværdier (Ibid., pp. 44ff).

Disse tendenser i samfundet kan, implicit eller eksplicit, have påvirket informanternes tanker om dem selv og deres spiseproblematik. En informant nævner hertil, hvordan det har været svært for ham, efter sit store vægttab, at finde en ny identitet. Han fortæller, at han altid har været tyk og altid har været associeret med dette, hvorfor en slankere version af ham selv medfører nye måder at tænke og forstå sig selv ud fra. Dermed kan det antages, at den tegnværdi, fedmen har hos informanten, nu er afskrevet, og at han skal redefinere sin selvopfattelse.

I tråd med det personlige ansvar står et stærkt ønske om kontrol over kroppen og maden hos informanterne. En informant nævner flere gange, at det for ham er meget vigtigt at kontrollere sin krop og sin spisning, også efter han har tabt sig. Han har i mange år følt sig utilstrækkelig ift. andre, og han tænker, at hans tendens til overdreven motionering i dag handler om et forsøg på at føle sig tilstrækkelig gennem hele tiden at forbedre sig. Flere informanter fortæller ligeledes, hvordan de også har følt sig, eller føler sig utilstrækkelige over for andre. I tråd med, at vi lever i et anerkendelsessamfund, hvor en slank krop høster anerkendelse, er det meningsfuldt, at de overvægtige informanter føler sig utilstrækkelige. Gennem kontrol over kroppen er det muligt at udvise selvkontrol, og derigennem blive potentielt anerkendt og dermed også opleve sig selv som tilstrækkelig.

Sammenfattende kan vi altså se, at informanterne på den ene side giver udtryk for at opleve, at spiseforstyrrelsen er noget, der er ”sket” for dem, og på den anden side oplever de selv en personlig ansvarlighed for deres situation, hvor flere informanter ikke oplever at være påvirket af hverken familien eller medierne. Denne modsætning kan muligvis tilskrives det, Alvesson fremlægger om, at informanter under et

interview påtager sig forskellige identiteter (jf. afsnit 5.1.1). Med udgangspunkt i dette perspektiv vil informanten påtage sig forskellige identiteter alt efter, hvad det pågældende spørgsmål lægger op til. Informanten kan benytte sig af forskellige roller i interviewet til at styrke og forsvare forskellige identiteter. Offerpositionen og ansvarsfølelsen, som informanterne veksler imellem, kan her ses som et forsvar mod den moralske slaphed (jf. Lassen ovenfor), som kommer til udtryk gennem den manglende kontrol over egen krop. Det kan muligvis også have noget at gøre med hvilke konventioner, der eksisterer for, hvordan årsager til BED italesættes af de personer, informanterne omgiver sig med. En informant fortæller fx, hvordan han ikke selv vidste, at han spiste på sine følelser, før han startede i et behandlingsforløb, hvor en professionel italesatte det for ham. En anden informant fortæller, at hans mor mener, at hendes skilsmisse fra hans far allerede fra en tidlig alder har påvirket informantens forhold til mad i form af trøstespisning, og informanten henholder sig til denne forklaring. Den psykologisering, som informanterne i høj grad tilskriver deres problematik, kan altså muligvis anses som et udtryk for, hvordan og hvad andre har fortalt, at de oplever, hvilket informanterne spejler deres forståelse i.

Modsætningen mellem at være hhv. offer og aktivt handlende ses tydeligt i to af de forskellige hoveddele af interviewene. I ætiologidelene beskriver informanterne sig som både ofre og selvstændige aktører, men i samtalerne om forskellige interventioner, giver de primært udtryk for det personlige ansvar i behandlingsprocessen. Dog kan vi se en diskrepans ift., hvor informanterne mener, at det er vigtigt at intervenere i et behandlingsforløb. Denne diskrepans kan tyde på, at informanterne oplever en ambivalens omkring vigtigheden af deres udseende over for kropsutilfredshedens ophav. Informanterne fortæller på den ene side om vigtigheden i de psykologiske aspekter ved deres spiseproblematik, hvor de tager afstand til adfærdsmæssige interventioner og betegner dem som overfladiske og midlertidige symptomløsninger. De fortæller på den anden side enstemmigt om, hvordan vægttab og adfærdsændringer er attraktive løsninger. Flere informanter fortæller fx, hvordan det handler om at finde en metode, der lægger låg på de problematiske følelser. Dette låg eksemplificeres med motion af informanterne, og én betegner tilmed dette som et ”godt redskab” at misbruge i stedet for. Det at ”lægge låg” på følelser eller adfærd kan ikke betragtes som en intervention, der behandler eller arbejder med de psykologiske aspekter, som informanterne netop

fortæller, er det mest essentielle fokus i behandlingsøjemed. Nærmere kan det betegnes som en måde at undertrykke følelser og overspisningsadfærd, hvilket giver anledning til at overveje, om dette i virkeligheden er en uhensigtsmæssig strategi, såfremt det reelt ønskes at arbejde med bagvedliggende, psykologiske problemstillinger.

Trods lidelsens psykologiske udtryk og ophav er der altså noget, der tyder på, at informanterne alligevel har en interesse i at ændre deres udseende, selvom dette, for dem, blot er symptombehandling og ikke en permanent forandring. En informant fortæller hertil, hvordan motion ikke giver moralske tømmermænd. Dette giver mening set i lyset af de sundhedstendenser og den moralske tilskrivelse, der er i en slank krop og derigennem i dyrkelsen af sundhed i nutidens samfund. Informanterne har et ønske om at erstatte maden med motion, der, i betragtning af nutidens samfund, kan anses som en adfærd, der i højere grad er socialt accepteret.

Opsummerende kan informanternes vægtning af og fokus på ændring i adfærd og udseende ses som diskrepant i relation til lidelsens oplevede psykologiske fundering. Dog nævner informanterne, at adfærdsændringer ikke kan stå alene, men deres betoning om, at spiseadfærden skal kanaliseres over i noget andet skaber en nysgerrighed hos os om, hvorvidt informanterne egentlig mener, at det bagvedliggende er mere vigtigt at sætte ind overfor frem for selve adfærden.

Generelt ved interviewundersøgelser vil der altid være en risiko for, at informanterne forstår spørgsmålene anderledes, end hvad hensigten er med dem, og at informanterne derfor svarer på noget andet end det, de egentlig bliver spurgt om. Denne overvejelse har vi især haft omkring spørgsmålet omhandlende stress. Adspurgt herom fortæller en informant fx, hvordan han mener, at man kan planlægge sig ud af stress. Han gør på den måde stress til et personligt valg og muligvis til et underforstået moralsk anliggende. Denne forståelse kan være påvirket af de ovennævnte strømninger i samfundet, men muligvis også af den lægmandsopfattelse, der eksisterer af stressbegrebet i samfundet. Stress bliver, i daglig tale, ofte brugt synonymt med travlhed og følelsen af at være presset. Denne forståelse af stress er værd at overveje ift. denne informants oplevelse af muligheden for at kunne planlægge sig ud af stress. Denne planlægning omhandler for ham bl.a. at have sunde middagsretter klar i fryseren for at undgå at bruge stress som en undskyldning for at

købe fastfood. Dette giver anledning til at overveje, om denne informant benytter stressbegrebet synonymt med travlhed.

7.3.2 Repræsentativitet

Repræsentativitet omhandler, hvorvidt et studie er repræsentativt for det, som hensigten er at undersøge. Et første forbehold, der kan anføres vedrørende repræsentativitet i dette speciale, er antallet af informanter. En øgning i antallet af disse vil angiveligt kunne øge repræsentativiteten betydeligt, men studier med mindre samples er dog typiske ved kvalitative studier.

En anden mulig faktor, af betydning for repræsentativitet, relaterer sig til rekrutteringen af specialets informanter. Vi har i dette speciale en interesse i at undersøge, hvad mænd med symptomer på BED oplever og tænker om årsager og interventioner ved BED. For at kunne belyse dette og betragte det som repræsentativt, er det væsentligt, at informanterne rent faktisk *har* oplevelser med BED. Den første potentielle fejkilde relaterer sig til risikoen for falsk positive tilfælde, når rekrutteringen af informanter sker via selvrapportering (Striegel-Moore & Franko, 2003, p. 21). Rekrutteringen blev i dette speciale foretaget via et opslag over sociale medier, hvor vi beskrev de diagnostiske kriterier for BED. Principielt er kun én ud af fire informanter formelt diagnosticeret med BED, og der er ingen garanti for, at de resterende informanter ville få diagnosen, hvis en fagperson havde udført en klinisk vurdering af dem. Vi mener dog ikke, at denne bias nødvendigvis påvirker specialets repræsentativitet, da informanterne, klinisk signifikant eller ej, er mænd, der har *oplevelser* med overspisning. De har erfaringer med de symptomer, som vi er interesseret i at belyse, og de har tilmed en række generelle overvejelser om, hvad der kan føre til samt afhjælpe problematikken. Hvorfor specialet har inddraget mænd, der ”blot” har oplevelser med overspisning frem for mænd, der rent faktisk har en BED-diagnose, er bl.a. fordi, diagnosen (endnu) ikke er en del af det anvendte diagnosesystem i Danmark. Uagtet en klinisk diagnose eller ej, mener vi at have et repræsentativt bud på, hvordan mænd tænker om og oplever overspisning. En anden potentiel fejkilde ved rekrutteringen er, at vi kun har opsøgt personer via kanaler, der henvender sig til overvægtige personer, samt til personer der ønsker at ændre deres livsstil. Dette udelukker potentielle personer med symptomer på BED,

der ikke anvender disse fora foruden personer med symptomer på BED, der ikke har vægtproblemer. En fordel ved dette er, at vores sample muligvis er mere homogent, men omvendt kan det give indtryk af, at mænd med symptomer på BED udgør en mere homogen gruppe, end den er i virkeligheden.

Et tredje aspekt ved repræsentativitet vedrører de anvendte forskningsspørgsmål og analysetemaer. Forud for vores dataindsamling har vi gennemgået en stor mængde litteratur og forskning omhandlende BED. Dette har, naturligvis, påvirket vores forståelse af lidelsen og dermed også forståelsen af de mænd, vi i interviewsituationen sidder overfor. Netop derfor er det vigtigt, at den litteratur, vi anvender, er repræsentativ for det fænomen, der undersøges. Vi anvender den teoriinformerende indholdsanalyse i arbejdet med vores data, hvorfor vores interviewguide, men også analysen og diskussionen af interviewdataene, er påvirket af den teoretiske forståelse af fænomenet. Er den teoretiske forståelse ikke repræsentativ for de fremdragne teorier om BED, kan det potentielt anfægte de perspektiver, vi har som afsæt for at belyse informanternes tanker og oplevelser, hvorfor repræsentativiteten af studiets resultater ligeledes vil påvirkes.

Vi har forsøgt at lave et repræsentativt udsnit af litteraturen, inden for en biopsykosocial tilgang til BED, for at anskueliggøre, om informanterne har en rig og nuanceret opfattelse af overspisning, men også for at kunne belyse, om visse faktorer for mændene er vigtigere end andre. De biopsykosociale forståelser af BED er, som nævnt i kapitel 3, de mest integrative og mest lovende i forsøget på at belyse årsager til overspisning. Det er imidlertid vigtigt at holde for øje, at den biopsykosociale tilgang er én tilgang, som, trods bredden, ikke er repræsentativ for alt litteratur omhandlende emnet, og som ikke nødvendigvis er mere sandfærdig og afdækkende end andre tilgange.

Deduktiv anvendelse af teori, som den teoriinformerende indholdsanalyse, er blevet kritiseret for i højere grad at verificere snarere end at falsificere de undersøgte teorier (Hsieh & Shannon, 2005, p. 1283). Denne kritik berører potentielt de resultater, vi finder i dette speciale. Vi spørger informanterne direkte ind til de faktorer, vi finder i litteraturgennemgangen, og spørgsmål af denne type kan ses som ledende til bestemte svar hos informanterne (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 194). Dette ser vi

dog ikke nødvendigvis udelukkende som bias hen mod verificering. Som forsker vil man altid have en forforståelse af det fænomen, der undersøges, og ved aktivt at vælge at undersøge fænomenet, med afsæt i udvalgt litteratur, kan vi på denne måde i højere grad selv være med til at påvirke vores forforståelse. Når det er sagt, så stiller vi ikke udelukkende spørgsmål med afsæt i litteratur i vores interviews, men anvender snarere de teoriinformerende spørgsmål som fyldestgørende probespørgsmål til de åbne spørgsmål om hhv. årsager og interventioner ved BED (jf. afsnit 5.1.3).

7.3.3 Reliabilitet

I alt forskning vil der være usikkerheder, der relaterer sig til reliabilitet. Når man snakker *reliabilitet*, handler det om troværdigheden af den viden, der opnås og om mulighed for samme resultat ved gentagelse af andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 271). Det kan være svært at sikre reliabilitet, når kilden til viden er et interview. Dette fordi det ikke er sikkert, at en anden interviewer vil få de samme svar, som vi fik, da utallige forhold kan have påvirket informantens svar. Fx hvornår og hvor interviewet blev foretaget, hvordan relationen var mellem interviewer og informant osv. Disse forhold anfægter potentielt også vores resultater. Vores interviews blev fx foretaget forskellige steder, hvor to af interviewene er udført i informanternes private hjem og to på offentlige steder. Ifølge Tanggaard og Brinkmann kan det ikke forventes, at et interview kan replikeres med samme udtalelser (Tanggaard & Brinkmann, 2010b, p. 491), men derimod kan reliabilitet tilsigtes mht. gennemsigtighed af undersøgelsens design og udførelse (jf. kapitel 5).

Et andet forbehold, der relaterer sig til reliabilitet, vedrører den anvendte datakodning. Vi har forsøgt at tilstræbe pålidelighed i arbejdet med vores interviewdata ved begge to at være aktivt involveret i udarbejdelsen af kodningsredskaberne samt i selve analysearbejdet foruden reliabilitetskontrol af transskriptionerne, som nævnt i afsnit 5.1.4. Vi har gennem hele denne proces gennemset og diskuteret hinandens tanker og fund. Bl.a. har vi efter kodning af transskriptionerne kontrolleret hinandens valg af kodninger og diskuteret de uoverensstemmelser, der måtte være og derigennem nået til overensstemmelse. Dette vil øge sandsynligheden for, at en tredje forsker finder samme resultater, som dette speciale, med samme transskriptioner til rådighed. Gennemsigtigheden af vores

fremgangsmåde vil ligeledes øge sandsynligheden for, at andre forskere vil kunne belyse samme undersøgte temaer som os med andre informanter. Derudover har vi forsøgt at lave analysearbejdet empirinært for at tilstræbe, at læseren kan se sammenhængen mellem data og vores forståelse heraf.

7.4 Implikationer

Gennem dette speciale har vi opnået en viden om mønstre i fire mænds tanker og oplevelser om årsager til og interventioner ved BED. Denne viden kan potentielt yde et værdifuldt bidrag til forskningen om BED, der i dag hovedsageligt er baseret på kvinder. Med resultaterne fra dette speciale kan vi yde bidrag til forskningen ift. en viden om mønstre i, hvordan mænd forstår årsager til samt interventioner ved BED. Ud fra dette kan vi muligvis sige noget om, hvorledes BED hos mænd kan behandles. Netop grundet dominansen af kvinder i forskningen kan vi med resultaterne fra dette speciale muligvis komme med bud på, hvorledes interventioner ved BED hos mænd kan opkvalificeres, da en opkvalificering vil blive beriget af en viden om, hvordan mænd oplever lidelsen og tænker, at den kan behandles virksomt.

På baggrund af informanternes oplevelser med og tanker om BED, men også ud fra litteraturgennemgangen i kapitel 3, forstår vi, at ætiologiske faktorer ved BED også kan have funktion som vedligeholdende faktorer (jf. afsnit 3.). Ift. de faktorer, der er analyseret og diskuteret i dette speciale, kan vi ikke med sikkerhed sige, i hvilket omfang disse faktorer har ætiologisk betydning og/eller betydning som vedligeholdende faktorer for informanterne. Uanset hvilken betydning, det givne tema har for informanten, fremhæves det som værende vigtigt af informanten, hvorfor vi mener, at det stadig har betydning ift. forståelsen af BED og i valget af interventioner.

Ud fra analysen ser vi, at symptomer på BED kan have flere årsager. Da det bl.a. af én informant opleves som et misbrug, får det os til at overveje, hvorvidt BED bør behandles herefter frem for udelukkende som en spiseforstyrrelse. Dog er der visse aspekter ved spiseforstyrrelser, der, ifølge Farstad et al., ikke tages højde for i misbrugsbehandling, herunder fx optagethed af krop og vægt, hvis overspisning kun intervenseres mod som et misbrug (Farstad et al., 2015, p. 805). Før BED kan

klassificeres som en afhængighedslidelse og behandles herefter, bør der, ifølge Farstad et al., videre undersøges sammenligninger mellem BED og andre misbrugslidelser (Ibid.). Dog kan den officielle klassificering af lidelsen, i denne situation, være potentielt underordnet, da ovennævnte informant, uafhængig af klassificeringen, jo netop oplever hans overspisningsproblematik som et misbrug, hvorfor dette angiveligt, i interventionssøjemed, vil være essentielt at inkorporere i samarbejdet med ham.

Den form for støtte, informanterne fortæller om at have brug for, kan opnås i en støttegruppe med ligesindede eller i gruppeterapi. I gruppeterapi ved spiseforstyrrelser anbefales, som nævnt i afsnit 7.2, kønsspecifikke terapigrupper. Informanterne fortæller ikke i hvilket omfang, disse grupper skal være opbygget, men én informant nævner muligheden for at sætte folk sammen på tværs af forskellige spiseforstyrrelser, da han mener, at fokus ikke skal være på mad, og at fokus på denne måde fjernes.

Collier beskriver, at der oftest ses et flertal af kvinder i gruppeterapeutiske forløb ved spiseforstyrrelser. Dette kan gøre det svært for mænd at åbne sig op, da der, grundet overtallet af kvinder i disse grupper, ofte diskuteres emner som ændringer i menstruationscykli og forvrænget body image, der tilskrives påvirkning fra modeller i modeblade, som fremstår meget tynde (eng. waif-like) (Collier, 2013, p. 137). Disse emner er af gode grunde ikke lige så relevante for mænd, hvilket kan tænkes at påvirke dynamikken i en gruppe. Collier forklarer, at både de psykiske og fysiske problemer, der associeres med spiseforstyrrelser, overordnet er de samme hos begge køn, hvorfor han mener, at der ikke nødvendigvis skal udarbejdes nye terapeutiske, kønsspecifikke modeller, men at de eksisterende modeller kan modificeres til at imødekomme mænd og de forskelle, der er (Ibid., p. 138). Informanterne udtrykker, i dette speciale, ikke et eksplicit behov for at snakke specifikt med andre mænd, og, i tråd med dette, oplever en informant, at den online støttegruppe, han er en del af, er særdeles virksom, trods gruppen i størst udstrækning består af kvinder. Ovenstående giver anledning til at overveje, at kønsopdelte støtte- eller terapigrupper er en mulighed, men ikke en nødvendighed for alle mænd med BED, for at opnå den støtte, der er behov for.

Et tema, der har været gennemgående i samtalerne med informanterne samt i

analysearbejdet, omhandler kropstilfredshed. Informanterne oplever, at deres kropstilfredshed påvirkes af flere faktorer og er afgørende for selvværd og selvopfattelse. Vægttab opleves af informanterne som en måde, hvorpå de kan opnå større kropstilfredshed og mere selvværd. Informanterne giver ligeledes udtryk for, hvordan tanker om egen krop og vægt påvirker overspisning, hvorfor arbejdet med disse processer også bør vægtes. Målet for en intervention bør dermed være at afhjælpe det psykiske ubehag, mænd med BED oplever. Informanterne er i høj grad optaget af, hvorfra overspisningen har sit udspring, hvilket derfor ligeledes synes relevant at inddrage i samtaler i behandlingen. Ved at afhjælpe det psykiske ubehag og være undersøgende overfor dets herkomst, kan det formodes, at efterfølgende vægtregulerende adfærdsændring i større grad kan håndteres og bibeholdes.

Informanternes tanker om interventioner afspejler en omfangsrig behandling bestående af terapi, støttegruppe, samt vægtregulerende interventioner i form af kostomlægning og motion, hvortil der generelt hviler et stort personligt ansvar. Disse interventioner samlet i ét behandlingsforløb kan muligvis opleves som særligt krævende, da de ikke blot omfatter psykiske aspekter, men også fysiske. Hertil kan det, at have så mange elementer i spil, tænkes at være for meget for nogle personer at forholde sig til på én gang. Ligeledes inkluderer denne omfavnende intervention formentlig interaktion med flere forskellige fagpersoner, hvilket kan være en stor mundfuld for de mænd med BED, der oplever sig selv som introverte eller tilbageholdende. Dette giver anledning til at overveje, hvorvidt elementerne kan introduceres eller påbegyndes gradvist. Fx kan det terapeutiske element være et udgangspunkt, hvorfra interventionen går videre til de andre elementer i en rækkefølge, der afspejler individuelle behov.

8. Konklusion

Vi har i dette speciale forsøgt at besvare problemformuleringen: *Hvilke tanker og oplevelser har mænd med symptomer på BED vedrørende årsager og interventioner ved BED?* Specialet har to anliggender, som vi har forsøgt at besvare.

Det første anliggende er hvilke årsager, der kan ligge til grund for udviklingen af BED hos mænd. Til dette formål har vi taget afsæt i en biopsykosocial modelforståelse, hvor biologiske, psykologiske og sociale faktorer ses som påvirkende hinanden i et dynamisk samspil. Vi har lavet en litteraturgennemgang med afsæt i den biopsykosociale struktur og, ud fra denne, fremstillet den teoriinformerende interviewguide, som vores spørgsmål til informanterne har taget afsæt i.

I samtalerne med informanterne fremgår det tydeligt, at BED ikke opleves som forårsaget af én bestemt faktor eller ét bestemt aspekt ved denne, men derimod af et samspil mellem flere biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Mønstrene, der ses i informanternes forståelse af årsager til BED, afspejler, ligesom litteraturgennemgangen, en nuanceret forståelse af hvilke faktorer, der kan påvirke udviklingen af lidelsen. Nogle faktorer finder informanterne gældende for personer generelt, foruden at de selv identificerer sig med disse, mens det for andre faktorer gælder, at de ikke kan identificere sig selv med dem.

Informanterne oplever BED som en lidelse, der udmøntes i psykologiske symptomer, hvor tanker, følelser og handlinger påvirkes i et dynamisk samspil. Informanterne har en oplevelse af, at biologiske forhold kan påvirke udviklingen af BED, hvor særligt madens afhængighedsskabende egenskaber fremhæves. Informanterne oplever, at udviklingen af lidelsen påvirkes af sociale forhold, herunder interpersonelle relationer og oplevelser, der påvirker såvel selvopfattelsen som forholdet til mad og forholdet til egen krop. Hertil har de en oplevelse af, at hele *forudsætningen* for at udvikle BED er betinget af forholdet til mad, som for dem er påvirket hjemmefra, hvor de har lært og erfaret, at mad bliver brugt til at håndtere ubehagelige følelsestilstande og hændelser.

BED forstås af informanterne, såvel som i litteraturen, som en kompleks lidelse, der sjældent står alene, og som ligeledes kan være et symptom for en anden problematik. Informanterne tænker hertil, at BED også let kan føre andre lidelser med sig, herunder depression og misbrug.

Det andet anliggende, vi har forsøgt at besvare, er hvilke interventioner, der kan være virksomme i behandlingen af BED hos mænd. Gennem analysen fremhæves det af informanterne, at overspisning skal behandles som et psykologisk fænomen, hvortil de betoner vigtigheden i at arbejde med og have fokus på det bagvedliggende, frem for at arbejde med symptombehandling alene gennem adfærdsinterventioner med vægttab som fokus. Informanterne oplever flere positive aspekter ved flere af interventionsformerne, der er diskuteret i interviewene. Dog er der ingen af disse interventioner, der opleves som værende omfangsrige nok i sig selv til at kunne anvendes i behandling af overspisning. Informanterne oplever derfor ikke én interventionsform som essentiel, men derimod tænker de, at behandlingen bør bestå af et samspil mellem flere former for interventioner. Hertil bør der i en sådan ”behandlingspakke” integreres terapi evt. med inddragelse af pårørende, støttegrupper eller anden interaktion med ligesindede samt vægttabsrelaterede adfærdsinterventioner med fokus på kost og motion.

Informanterne har en nuanceret forståelse af årsager og interventioner ved BED, hvori vi dog har identificeret nogle potentielt problematiske forhold, der kan anfægte validiteten af specialets resultater. Disse problematikker kommer til udtryk gennem modsætningsfyldte forståelser hos informanterne, relateret til årsager såvel som til interventioner ved BED. Dette har givet anledning til at overveje, hvorvidt informanterne virkelig mener det, som de giver udtryk for, eller om deres svar er et produkt af andre forhold.

Vi har i dette speciale forsøgt at supplere med viden til forskningen omhandlende mænd og BED. Den viden, vi har opnået i dette speciale, kan potentielt have implikationer for forskning i hvilke årsager, der ligger til grund for udviklingen af BED hos mænd, og ligeledes i forskning om hvad der er vigtigt ift. interventioner. Dette fordi den oplevelse, som mænd selv har af årsager til deres lidelse, uagtet om forståelsen er et udtryk for en problematisk forståelse af egen lidelse eller ej,

potentielt kan være afgørende for, om den intervention, de modtager, er virksom eller ej. Vi har ikke intention om at generalisere vores resultater til alle mænd med BED, men vi mener, at vores resultater alligevel er anvendelige, hvis de ses som et udtryk for, hvad der *kan* være vigtigt at arbejde med og tage højde for, når mænd med BED behandles. Informanterne oplever BED som værende påvirket af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og i tråd med dette, oplever de, at interventioner bør favne flere aspekter ved lidelsen, symptomatisk, som bagvedliggende årsager.

Referenceliste

Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. & Vocks, S. (2011): Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. In: *European Eating Disorders Review*, 19 (pp. 375-381)

Alvesson, M. (2003): Beyond neopositivists, romantics, and localists: a reflexive approach to interviews in organizational research. In: *Academy of Management Review*, Vol. 28, No. 1 (pp. 13-33)

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. (pp. 350-354)

Amianto, F., Ottone, L., Daga, G. A. & Fassino, S. (2015): Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. In: *BMC Psychiatry*, 15:70 (pp. 1-22)

Andersen, A. (2014): A Brief History of Eating Disorders in Males. In: Cohn, L. & Lemberg, R. (eds.) (2014): *Current Findings on Males with Eating Disorders*. Routledge. New York. (pp. 4-10)

Austin, S. B., Ziyadeh, N., Kahn, J. A., Camargo, C. A., Colditz, G. A. & Field, A. E. (2004): Sexual Orientation, Weight Concerns, and Eating-Disordered Behaviors in Adolescent Girls and Boys. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43:9 (pp. 1115-1123)

Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Corliss, H. L., Rosairo, M., Wypij, D., Haines, J., Camargo, C. A. & Field, A. (2009): Sexual Orientation Disparities in Purging and Binge Eating From Early to Late Adolescence. In: *Journal of Adolescent Health*. 45 (pp. 238-245)

Barnes, R. D., Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2011): Food thought suppression: A matched comparison of obese individuals with and without binge eating disorder. In: *Eating Behaviors*, 12 (pp. 272-276)

Barnes, R. D., Ivezaj, V. & Grilo, C. M. (2014): An examination of weight bias among treatment-seeking obese patients with and without binge eating disorder. In: *General Hospital Psychiatry*, 36 (pp. 177-180)

Barry, D. T., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2002): Gender Differences in Patients with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), (pp. 63-70)

- Brewerton, T. D. (2015): Stress, Trauma, and Adversity as Risk Factors in the Development of Eating Disorders. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (ed.) (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 445-460)
- Brinkmann, S. (2010): Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) (2010): *Kvalitative Metoder – en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, Viborg (pp. 429-446)
- Brownley, K. A., Berman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007): Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In: *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 40 (pp. 337-347)
- Brownley, K. A., Peat, C. M., La Via, M. & Bulik, C. M. (2015): Pharmacological Approaches to the Management of Binge Eating Disorder. In: *Drugs*, 75 (pp. 9-32)
- Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2005): *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg C. (pp. 7-106)
- Cameron, M. J., Maguire, R. W., McCormack, J. (2011): Stress-Induced Binge Eating: A Behavior Analytic Approach to Assessment and Intervention. In: *Journal of Adult Development*, Vol.18(2), (pp. 81-84)
- Calzo, J. P., Corliss, H. L., Blood, E. A., Field, A. E. & Austin, S. B. (2013): Development of Muscularity and Weight Concerns in Heterosexual and Sexual Minority Males. In: *Health Psychology*. Vol. 32, No. 1 (pp. 42-51)
- Calzo, J. P., Masyn, K. E., Corliss, H. L., Scherer, E. A., Field, A. E. & Austin, S. B. (2015): Patterns of Body Image Concerns and Disordered Weight- and Shape-Related Behaviors in Heterosexual and Sexual Minority Adolescent Males. In: *Developmental Psychology*. Vol. 51, No. 9 (pp. 1216-1225)
- Cassin, S. E. & Ranson, K. M. V. (2005): Personality and eating disorders: A decade in review. In: *Clinical Psychology Review*, 25 (pp. 895-916)
- Citrome, L. (2015). A primer on binge eating disorder diagnosis and management. In: *CNS Spectrums*, 20 (pp. 41-51)
- Claes, L., Jimenez-Murica, S., Agüera, Z., Sánchez, I., Santamaría, J., Granero, R. & Fernández-Aranda, F. (2012): Eating Disorders and Pathological Gambling in Males: Can They Be Differentiated by Means of Weight History and Temperament and Character Traits? In: *Eating Disorders*. 20 (pp. 395-404)

- Collier, R. (2013): Treatment challenges for men with eating disorders. In: *Canadian Medical Association Journal*, February, 19, 185(3) (pp. 137-138)
- Crow, S. (2015): History of the Diagnosis of Bulimia Nervosa. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (ed.) (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 105-113)
- Cuzzocrea, F., Larcán, R. & Lanzarone, C. (2012): Gender differences, personality and eating behaviors in non-clinical adolescents. In: *Eating and Weight Disorders*, 17 (pp. 282-289)
- Cuzzolaro, M., Donini, L., Bellini, M. & Santomassimo, C. (2008): Binge Eating Disorder and Body Uneasiness. In: *Psychological Topics*, 2 (pp. 287-312)
- Dahl, J. K., Eriksen, L., Vedul-Kjelsås, E., Strømmen, M., Kulseng, B., Mårvik, R. & Holen, A. (2012): Depression, anxiety, and neuroticism in obese patients waiting for bariatric surgery: Differences between patients with and without eating disorders and subthreshold binge eating disorders. In: *Obesity Research & Clinical Practice*, 6 (pp. 139-147)
- Dakanalis, A., Mattei, V. E. D., Bagliacca, E. P., Prunas, A., Sarno, L., Riva, G. & Zanetti, M. A. (2012): Disordered Eating Behaviors Among Italian Men: Objectifying Media and Sexual Orientation Differences. In: *Eating Disorders*, 20:5 (pp. 356-367)
- Dakanalis, A., Carrá, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A. & Riva, G. (2015): The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (pp. 997–1010)
- Dalgliesh J., & Nutt, K. (2013): Treating men with eating disorders in the NHS. In: *Nursing Standard*. 27, 35, (pp. 42-46)
- Darcy, A. M. & Lin, I. H-J. (2012): Are We Asking The Right Questions – A Review of Assessment of Males With Eating Disorders. In: *Eating Disorders*, 20 (pp. 416–426)
- Davis, C. (2015): The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). In: *CNS Spectrums*, vol. 20, No. 6 (pp. 522-529)
- Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter-Major, J. C. & Kennedy, J. L. (2016): Sex Differences in Subjective and Objective Responses to a Stimulant Medication (Methylphenidate): Comparisons Between Overweight/Obese Adults

- With and Without Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 49:5 (pp. 473–481)
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A. & Favaro, A. (2014): Stressful Life Events and Binge Eating Disorder. In: *European Eating Disorders Review*, Vol 22 (pp. 378-382)
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Jiang, H., Raizman, P. S., Wolk, S., Mayer, L., Carino, J., Bellace, D., Kamenetz, C., Dobrow, I. & Walsh, B. T. (2005): Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine as Adjuncts to Group Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. In: *Obesity Research* Vol. 13 No. 6, (pp. 1077-1088)
- Faith, M. S. & Allison, D. B. (1996): Assessment of psychological status among obese persons. In: Thompson, J. K. (ed.) (1996): *Body Image, Eating Disorders and Obesity – an integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association, Washington D. C. (pp. 365-388)
- Fairburn, C. G., Hay, P. J & Welch, S. L. (1993): Binge Eating and Bulimia Nervosa: Distribution and Determinants. In: Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (ed.) (1993): *Binge Eating – Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press. New York. (pp. 123-143)
- Farstad, S. M., Ranson, K. M. V., Hodgins, D. C., El-Guebaly, N., Casey, D. M. & Schopflocher, D. P. (2015): The Influence of Impulsiveness on Binge Eating and Problem Gambling: A Prospective Study of Gender Differences in Canadian Adults. In: *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 29, No. 3 (pp. 805-812)
- Feldman, M. B. & Meyer, I. H. (2007): Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. In: *International Journal of Eating Disorders*. 40 (pp. 218-226)
- Ferriter, C. & Ray, L. A. (2011): Binge eating and binge drinking: An integrative review. In: *Eating Behaviors*, 12 (pp. 99-107)
- Finch, J. (1987): The vignette technique in survey research. In: *Sociology*, Vol. 21, No. 1 (pp. 105-114)
- Fischer, S. & Munsch, S. (2012): Self-Regulation in Eating Disorders and Obesity – Implications for Treatment. In: *Verhaltenstherapie*. 22 (pp. 158-164)
- Fog, J. (2004): *Med samtalen som udgangspunkt – Det kvalitative forskningsinterview* (2. udg.). Akademisk Forlag, København (pp. 7-46)

- Fox, J. R. E., Msetfi, R. M., Johnson, R. S. & Haigh, E. (2015): The Perception of Threat from Emotions in Predicting Binge Eating Behaviors in People Who Are Obese and Seeking Treatment for Their Weight. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy* (8 sider)
- Gladis, M. M., Wadden, T. A., Vogt, R., Foster, G., Kuehnel, R. H. & Bartlett, S. J. (1998): Behavioral treatment of obese binge eaters: Do they need different care? In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 44, Nos. 3/4 (pp. 375-384)
- Gluck, M. E. (2006): Stress response and binge eating disorder. In: *Appetite*, 46 (pp. 26-30)
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C. & Afari, N. (2015): Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Behavioral Medicine*, 38, (pp. 348-362)
- Goffman, E. (1975): *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*. Gyldendals samfundsbibliotek. København (pp. 13-48)
- González, M. L., Mora, M., Penelo, E., Goddard, E., Treasure, J. & Raich, R. M. (2015): Gender differences found in a qualitative study of a disordered eating prevention programme: What do boys have to say? In: *Journal of Health Psychology*. Vol. 20(6) (pp. 858-874)
- Gordon, R. A. (2000): *Eating Disorders – Anatomy of a Social Epidemic* (2nd. Ed.). Blackwell Publishers. Oxford. (pp. 140-165)
- Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2005): Correlates of Body Image Dissatisfaction in Treatment-Seeking Men and Women with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 38 (pp. 162-166)
- Grilo, C. M., White, M. A. & Masheb, R. M. (2009): DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and Its Correlates in Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 2009, Vol.42(3), (pp. 228-234)
- Harrington, E. F., Crowther J. H., Henrickson, H. C. P. & Mickelson, K. D. (2006): The Relationships Among Trauma, Stress, Ethnicity, and Binge Eating. In: *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2006, Vol.12(2), (pp. 212-229)
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991): Binge Eating as Escape From Self-Awareness. In: *Psychological Bulletin*. Vol. 110, No. 1 (pp. 86-108)
- Hebl, M. R. & Turchin, J. M. (2005): The Stigma of Obesity: What About Men? In: *Basic and Applied Social Psychology*, 27 (3), (pp. 267-275)

- Heffernan, K. (1994): Sexual Orientation as a Factor in Risk for Binge Eating and Bulimia Nervosa: A Review. In: *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 16, No. 4 (pp. 335-347)
- Henderson, K. E. & Brownell, K. D. (2004): The toxic environment and obesity: contribution and cure. In: Thompson, J. K. (ed.) (2004): *Handbook of eating disorders and obesity*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. (pp. 339-348)
- Hrabosky, J. I. (2011): Body Image and Binge-Eating Disorder. In: Cash, T. F. & Smolak, L (ed.) (2nd ed.) (2011): *Body Image – A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. The Guilford Press. New York. (pp. 296-304)
- Hsieh, H. & Shannon, S. E. (2005): Three Approaches to Qualitative Content Analysis. In: *Qualitative Health Research*. Vol. 15, No. 9 (pp. 1277-1288)
- Hughes, R. & Hubby, M. (2004): The construction and interpretation of vignettes in social practice. In: *Social Work & Social Sciences Review*, 11(1) (pp. 36-51)
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. & Wilfley, D. E. (2012): Psychological Treatments for Binge Eating Disorders. In: *Current Psychiatry Reports*, 14 (pp. 432-446)
- Ilfeldt, A. (2005): *Der er et menneske indeni*. In: *Psykolog Nyt*, nr. 18. (pp. 3-7)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. Nedtaget d. 13-05-2016, fra: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2007/Maj/~media/Filer%20-%20dokumenter/samfundkons2007.ashx>
- Jambekar, S. A., Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2003): Gender Differences in shame in Patients with Binge-Eating Disorder. In: *Obesity Research*. Vol. 11, No. 4 (pp. 571-577)
- Johnson, W. G. & Torgrud, L. J. (1996): Assessment and treatment of binge eating disorder. In: Thompson, J. K. (ed.) (1996): *Body Image, Eating Disorder, and Obesity – An Integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association. Washintong DC. (pp. 321-343)
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. & Corsica, J. A. (2014): Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. In: *Eating Behaviors*, 15 (pp. 197-204)

- Kristeller, J. L. & Wolever, R. Q. (2010): Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. In: *Eating Disorders*, 19:1 (pp. 49-61)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk* (2. Udg.). Hans Reitzels Forlag, Viborg (325 sider)
- Lassen, L. (2008): *Myter og facts om overvægt*. Frydenlund. København (206 sider)
- Lavender, J. M., Young, K. P. D. & Wonderlich, S. A. (2015): Personality as a Risk Factor for Eating Disorders. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (eds.): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 418-429)
- Lichtenstein, M. B. & Støving, R. K. (2010): Motionsafhængighed og spiseforstyrrelser. In: *PsykologNyt* nr. 11. (pp. 8-15)
- Marcus, M. D. (1993): Binge Eating in Obesity. In: Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (ed.) (1993): *Binge Eating – Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press. New York. (pp. 77-96)
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2006): Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*. 39 (pp. 141-146)
- Mason, T. B. & Lewis, R. J. (2015): Assessing the roles of impulsivity, food-related cognitions, BMI, and demographics in the dual pathway model of binge eating among men and women. In: *Eating Behaviors*, 18 (pp. 151-155)
- McElroy, S. L. & Kotwal, R. (2006): Binge Eating. In: Hollander, E. & Stein, D. J. (eds.) (2006): *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. American Psychiatric Publishing. Arlington (pp. 115-148)
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N, Munoz, M. R. & Keck, P. E. Jr. (2015): Overview of the treatment of binge eating disorder. In: *CNS Spectrums*. Vol. 20, Issue 06 (pp. 546-556)
- Meany, G., Conceicao, E. & Mitchell, J. E. (2014): Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. In: *European Eating Disorders Review*, 22 (pp. 87-91)
- Minnich, A. M., Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M. & Troop-Gordon, W. (2014): A test of an interactive model of binge eating among undergraduate men. In: *Eating Behaviors*, 15 (pp. 625-631)

- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S. & Mond, J. (2014): The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. In: *BMC Public Health*, 14 (pp. 1-9)
- Mole, T. B., Irvine, M. A., Worbe, Y., Collins, P., Mitchell, S. P., Bolton, S., Harrison, N. A., Robbins, T. W. & Voon, V. (2015): Impulsivity in disorders of food and drug misuse. In: *Psychological Medicine*, 45 (pp. 771-782)
- Mors, O. (2010): Psykiatrisk genetik. In: Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J. (2010): *Klinisk Psykiatri* (3. udg.). Munksgaard Danmark. Viborg (pp. 663-680)
- Murnen, S. K. & Smolak, L. (2015): Gender and Eating Disorders. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (ed.) (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 352-366)
- Murphy, S., Russell, L. & Waller, G. (2005): Integrated Psychodynamic Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Theory, Practice and Preliminary Findings. In: *European Eating Disorders Review*, 13, (pp. 383-391)
- Müller, A., Claes, L., Mitchell, J. E., Fischer, J., Horbach, T. & Zwaan, M. D. (2012): Binge Eating and Temperament in Morbidly Obese Prebariatric Surgery Patients. In: *European Eating Disorders Review*, 20 (pp. 91-95)
- Myers, L. L. & Wiman, A. M (2014): Binge eating disorder: A Review of a New DSM Diagnosis. In: *Research on Social Work Practice*, Vol 24(1) (pp. 86-95)
- Møhl, B. & Pritzel, H. (2013): Behandling af Spiseforstyrrelser. In: Møhl, B. & Kjølbye, M. (red.) (2013): *Psykoterapiens ABC*. Psykiatrifondens Forlag. København NV (pp. 325-340)
- Møller, V. (2006): *Det gyldne fedt - Analyse af et lukrativt samfundsproblem*. Gyldendal, Gylling. (226 sider)
- Norris M. L., Apsimon, M., Harrison, M., Obeid, N., Buchholz, A., Henderson, K. A., & Spettigue, W. (2012): An Examination of Medical and Psychological Morbidity in Adolescent Males With Eating Disorders. In: *Eating Disorders*, 20:5, (pp. 405-415)
- Polivy, J. & Herman, P. (1993): Etiology of binge eating: psychological mechanisms. In: *Binge Eating – Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press. New York. (pp. 173-205)
- Puhl, R. & Suh, Y. (2015): Stigma and Eating and Weight Disorders. In: *Current Psychiatry Reports*, 17:10 (pp. 1-10)

- Reagan, P. & Hersch, J. (2005): Influence of Race, Gender, and Socioeconomic Status on Binge Eating Frequency in a Population-Based Sample. In: *International Journal of Eating Disorders*, 38 (pp. 252-256)
- Reas, D. L., Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Wilson, G. T. (2005): Body Checking and Avoidance in Overweight Patients with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 37 (pp. 342-346)
- Reas, D. L., White, M. A. & Grilo, C. M. (2006): Body Checking Questionnaire: Psychometric Properties and Clinical Correlates in Obese Men and Women with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 39 (pp. 326-331)
- Reas, D. L. & Grilo, C. M. (2015): Pharmacological treatment of binge eating disorder: update review and synthesis. In: *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16(10) (pp. 1463-1478)
- Reas, D. L. & Stedal, K. (2015): Eating disorders in men aged midlife and beyond. In: *Maturitas*. Vol 81 (pp. 248-255)
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Kendler, K. S., Røysamb, E., Maes, H., Tambs, K., & Harris, J. R. (2003): Gender differences in binge-eating: a population-based twin study. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, (pp. 196–202)
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2011): Body Image Development in Adolescent Boys. In: Cash, T. F. & Smolak, L (ed.) (2nd ed.) (2011): *Body Image – A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. The Guilford Press. New York. (pp. 85-92)
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2015): Eating Disorders in Boys and Men. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (ed.) (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 492-506)
- Robinson, K. J., Munford, V. A. & Sperlinger, D. J. (2012): Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users. In: *Journal of Health Psychology*, 18(2) (pp. 176–186)
- Roehrig, M., Masheb, R. M., White, M. A. & Grilo, C. M. (2009): Dieting Frequency in Obese Patients With Binge Eating Disorder: Behavioral and Metabolic Correlates. In: *Obesity*, 17 (pp. 689-697)
- Rosenbaum, B. (2010): Psykiatri som videnskab. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) (2010): *Grundbog i Psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, København (pp. 855-872)

Rosenbaum, B. & White, K. (2015): The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. In: *Journal of Health Psychology*, Vol. 20(6) (pp. 887–898)

Rosenberg, R. (2010): Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer. In: Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J. (2010): *Klinisk Psykiatri* (3. udg.). Munksgaard Danmark. Viborg (pp. 215-246)

Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Pratt, E. M. & Franko, D. L. (2015): Gender Differences in Clinical Trials of Binge Eating Disorder: An Analysis of Aggregated Data. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 83, No. 2 (pp. 382-386)

Smith, D. G., & Robbins, T. W. (2013): The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model. In: *Biological Psychiatry*, 73 (pp. 804–810)

Smolak, L. (2011): Body Image Development in Childhood. In: Cash, T. F. & Smolak, L (ed.) (2nd ed.) (2011): *Body Image – A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. The Guilford Press. New York. (pp. 67-75)

Sonne-Ragans, V. (2012): *Anvendt Videnskabsteori – Reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. Samfundslitteratur. Frederiksberg C. (pp. 109-132; 187-208)

Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsch, B. T., Hasin, D. Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992): Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria. In: *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 11, No. 3, (pp. 191-203)

Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, T., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J. & Hasin, D. (1993): Binge Eating Disorder: Its further Validation in a Multisite Study. In: *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 13, No. 2. (137-153)

Spurrell, E. B., Wilfley, D. E., Tanofsky, M. B. & Brownell, K. D. (1997): Age of Onset for Binge Eating: Are There Different Pathways to Binge Eating? In: *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 21, No. 1 (pp. 55-65)

Striegel, R. H., Bedrosian, R., Wang, C. & Schwartz (2012): Why Men Should Be Included in Research on Binge Eating: Results from a Comparison of Psychosocial Impairment in Men and Women. In: *International Journal of Eating Disorders*, 45 (pp. 233-240)

- Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. (2003): Epidemiology of Binge Eating Disorder. In: *The international journal of eating disorders*. Vol. 34. (pp. 19–29)
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L, Wilson, G. T., May, A. & Kraemer, H. C. (2009): Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. In: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (pp. 471-474)
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C. & Turberville, D. (2014): Eating disorders in Men – Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. In: *Eating Disorders*, 20 (pp. 346–355)
- Stunkard, A. J. (1959): Eating patterns and obesity. In: *Psychiatric Quarterly*, Vol. 33, June, issue 2. (pp. 284-295)
- Stunkard, A. J. (1993): A History of Bing Eating. In: Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (ed.) (1993): *Binge Eating – Nature, Assesment and Treatment*. The Guilford Press. New York. (pp. 15-34)
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse (2003): *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – Forslag til løsninger og perspektiver*. Sundhedsstyrelsen. København. (pp. 6-66)
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser - Anbefalinger for organisation og behandling*. Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen. København. (pp. 4-171)
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010a): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) (2010): *Kvalitative Metoder – en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, Viborg (pp. 29-54)
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010b): Kvalitet i kvalitative studier. In: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) (2010): *Kvalitative Metoder – en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, Viborg (pp. 489-499)
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R. & Brownell, K. D. (1997): Comparison of Men and Women with Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 21, No. 1 (pp. 49-54)
- Tasca, G. A. & Balfour, L. (2014): Attachment and Eating Disorders: A Review of Current Research. In: *International Journal of Eating Disorders*. 47 (pp. 710-717)
- Valbak, K. (2010): Spiseforstyrrelser. In: Simonsen, E. & Möhl, B. (red.) (2010): *Grundbog i Psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, København (pp. 459-472)

- Vartanian L. R. & Porter A. M. (2016): Weight Stigma and Eating Behavior: A Review of the Literature. In: *Appetite*, Accepted manuscript (41 sider)
- Vincent, M. A. & McCabe, M. P. (2000): Gender Differences Among Adolescents in Family, and Peer Influences on Body Dissatisfaction, Weight Loss, and Binge Eating Behaviors. In: *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 29, No. 2 (pp. 205-221)
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A. & Herpetz, S. (2010): Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 43 (pp. 205-217)
- Voon, V. (2015): Cognitive biases in binge eating disorder: the hijacking of decision making. In: *CNS Spectrums*, 20 (pp. 566-573)
- Wallace, L. M., Masson, P. C., Safer, D. L. & von Ranson, K. M. (2014): Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior therapy for binge eating disorder. In: *Journal of Eating Disorders*, 2:35 (pp. 1-9)
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., Ball, S. A. (2000): In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.68 (4), (pp. 641-649)
- Wilson, G. T. (2005): Psychological Treatment of Eating Disorders. In: *Annual Reviews Clinical Psychology*, 1, (pp. 439-465)
- Wilson, G. T, Wilfley, D. E., Agras, W. S. & Bryson, S. W. (2010): Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol. 67, No. 1, (pp. 94-101)
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., Lovejoy, J. C. & Greenway, F. L. (2001): Psychosocial Variables Associated with Binge Eating in Obese Males and Females. In: *International Journal of Eating Disorders*. Sep; 30 (2) (pp. 217-221)
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D. & Engel, S. G. (2009): The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder. In: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (pp. 687–705)
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W. & Friederich, H. C. (2014): Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. In: *Psychological Medicine*, 44, (pp. 3365-3385)

Zayas, L. V. & Thomas, J. J. (2015): History of BED and ED-NOS. In: Smolak, L. & Levine, M. P. (eds.) (2015): *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Wiley Blackwell. Malaysia. (pp. 39-49)

Zwaan, M. de (2001): Binge eating disorder and obesity. In: *International Journal of Obesity*, 25, suppl. 1 (pp. 51-55)

Internetkilder

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade: *Spiseforstyrrelser*. Nedtaget d. 12-05-2016, fra: <http://www.lmsos.dk/viden/spiseforstyrrelser/>

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade: *Tvangsoverspisning (BED)*. Nedtaget d. 12-05-2016, fra: <http://www.lmsos.dk/viden/tvangsoverspisning-bed/>

Sundhedsstyrelsen (2016): *Spiseforstyrrelser*. Nedtaget d. 20-03-2016, fra: <https://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/sygdomme/spiseforstyrrelser>

Sundhedsstyrelsen (2009): *Overvægtens fysiske konsekvenser*. Nedtaget 12-05-2016, fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt/fysiske-konsekvenser>

Sundhedsstyrelsen (2015): *Overvægt*. Nedtaget d. 12-05-2016, fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade: *Tvangsoverspisning (BED)*. Nedtaget 12-05-2016, fra: <http://www.vioss.dk/viden/tvangsoverspisning-bed/>

World Health Organization (2015): *Obesity and Overweight*. Nedtaget d. 12-05-2016, fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>