

Forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos voksne danskere

Speciale

Cecilie Sanggaard Sørensen: 20203772

Frida Mølgaard Frederiksen: 20206209

Julie Holmer-Fisker: 20205206

Rapportens samlede antal tegn (inkl. mellemrum & fodnote): 285.544

Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 118,98

10. Semester, Psykologi

Kandiatspeciale

Vejleder: Gry Kjærdsdam Telléus

Aalborg Universitet

Dato: 30.05.2025

Resume

Body image distortion is a well-documented symptom of eating disorders, typically characterized by an overestimation of body size and pronounced body dissatisfaction. Although such distortions are also observed, to a lesser degree, in the general population, the construct remains inconsistently defined and operationalized across studies. The present study investigates manifestations of body image distortion and eating disorder symptomatology in a non-clinical sample of Danish adults ($n = 125$). Body image distortion was assessed using two complementary methods: a metric body size estimation (BSE) task targeting the perceptual component of distortion, and a self-report questionnaire assessing attitudinal aspects. The questionnaire included the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Body Image Dimensional Assessment (BIDA), World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF), Beck Depression Inventory (BDI), and State Trait Anxiety Inventory (STAI).

Findings reveal a general tendency toward body size overestimation within the non-clinical sample, consistently demonstrated across both linear and circular measurement techniques and reflected in both BSE and BPI indices. Gender-stratified analyses showed that female participants significantly overestimated their body size compared to males. Ten participants met the criteria for clinical eating disorder symptomatology ($EDE-Q \geq 3$), all of whom were female. Participants with clinical-level symptoms demonstrated significantly greater body size overestimation and markedly higher body dissatisfaction than those without symptoms. Strong, positive correlations were identified between the severity of eating disorder symptomatology and both the degree of body size overestimation and the level of body dissatisfaction. These findings indicate that higher levels of eating disorder symptoms are linked to greater body size overestimation and increased body dissatisfaction, and conversely. Finally, participants with eating disorder symptoms reported reduced quality of life alongside elevated levels of comorbid anxiety and depression symptoms, highlighting the profound impact of body image distortion and eating disorder pathology on overall well-being.

These findings support the study's initial hypotheses and align with the theoretical framework and existing literature linking body image distortion to eating disorder symptomatology. This study contributes valuable normative data to the

international research on body image distortion within a non-clinical population. However, substantial variability in participants' estimations underscores the phenomenon's complexity, highlighting the need for continued research to deepen understanding and clarify the underlying mechanisms.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
1.1 Problemformulering.....	3
1.1.1 Hypoteser	3
1.1.2 Forskningsspørgsmål	3
1.2 Operationalisering.....	4
1.3 Struktur	5
1.4 Afgrænsning.....	5
1.5 Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv.....	6
2. Teori.....	9
2.1 Spiseforstyrrelser.....	9
2.1.1 Prævalens	10
2.1.2 Ætiologi.....	11
2.2 Forvrænget kropsopfattelse	12
3. Scoping review	16
3.1 Introduktion af forskningsfeltet.....	16
3.2 Overestimering og kropstilfredshed.....	17
3.3 Kropsforvrængning ved subtyper af spiseforstyrrelser	18
3.4 Forvrængning hos den generelle befolkning	20
3.5 Kønsforskelle	20
3.6 Betydningsfulde kropsdele	23
3.7 Sværhedsgraden af forvrængning.....	24
3.8 Komorbiditet ved spiseforstyrrelser.....	25
3.9 Livskvalitet ved spiseforstyrrelser	26
3.10 Traumer som risikofaktor	26
3.11 Samfundsmæssige faktorer	27
3.11.1 Minoriteter	28
3.11.2 Sociale medier og jævnaldrendes påvirkning	31
3.11.3 Sport.....	31
3.12 Hjernen og kropsforvrængning.....	32
3.13 Sammenfatning.....	33
4. Metodologi.....	35
4.1 Etik og datahåndtering	35
4.2 Videnskabsteori.....	36
5. Metode	38
5.1 Den kvantitative metode.....	38
5.2 Rekrutteringsprocessen.....	39

5.3 Assessment	39
5.3.1 BSE	40
5.3.2 Spørgeskemaundersøgelse	43
6. Statistik	50
6.1 Udregning af forvrænget kropsofattelse	50
6.1.1 Udregning af overestimering	50
6.1.2 Klinisk cut-off for BSE-forvrængningsscore	51
6.1.3 Udregning af kropstillfredshed	52
6.1.4 Angivelse af resultater	53
6.2 Deskriptiv statistik	53
7. Resultater	56
7.1 Sample karakteristika	56
7.2 Forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer	57
7.3 Forekomst af forvrænget kropsofattelse	60
7.3.1 Overestimering	60
7.3.2 Forekomst af kropstillfredshed	69
7.4 Livskvalitet	72
7.4.1 Forekomst af symptomer på komorbiditet	73
8. Diskussion af resultater	76
8.1 Sample	76
8.2 Forekomst af overestimering og kropstillfredshed	78
8.2.1 Overestimering	78
8.2.2 Kropstillfredshed	80
8.2.3 Forvrænget kropsofattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi	88
8.3 Estimering af specifikke kropsmål	88
8.4 Estimering af anden person	90
8.5 Kønsforskelle i en ikke-klinisk population	93
8.6 Livskvalitet	93
8.6.1 Livskvalitet og overestimering	94
8.6.2 Livskvalitet og spiseforstyrrelsessymptomatologi	94
8.6.3 Livskvalitet og kropstillfredshed	96
8.6.4 Symptomer på angst og depression	97
8.6.5 Opsamling	98
8.7 Forvrænget kropsofattelse hos en ikke-klinisk population	98
8.8 Estimering lineært og cirkulært	101
8.9 Indflydende faktorer på forvrænget kropsofattelse	103
8.9.1 Uddannelse	103
8.9.2 Alder	104
8.9.3 BMI	105
8.9.4 Opsamling	106
8.10 Hvad kan ellers have en indvirkning på forvrænget kropsofattelse?	106
8.10.1 Psykologistuderende	106
8.10.2 Seksualitet	107
8.10.3 Kønsidentitet	109
8.10.4 Etnicitet	110
8.11 Sammenfatning	112

9. Diskussion af metoden.....	114
<i>9.1 Kropsopmålingsundersøgelse.....</i>	<i>114</i>
9.1.1 Sammenligning af lineære og cirkulære BSE-mål.....	115
9.1.2 BPI og BSE-forvrængningscore.....	116
9.1.3 Metriske og depictive BSE metoder	118
9.1.4 Perspektivering af vores BPI resultater.....	119
<i>9.2 Spørgeskemaundersøgelse.....</i>	<i>120</i>
9.2.1 Selvrapportering.....	122
<i>9.3 Forvrænget kropsoptfattelse og BED</i>	<i>124</i>
10. Fremtidig forskning.....	126
11. Konklusion	128
Referenceliste	130

Bilag 1: Tabeller og Figurer

Bilag 2: Protokol

1. Indledning

“Being dangerously thin is back in.” Sådan skriver den britiske avis The Guardian i en artikel fra 2024 (Theguardian.com, 2024), som belyser en bekymrende tendens i samfundet, hvor idealet om ekstrem tyndhed er ved at vende tilbage - en kultur, mange ellers troede var forbi. Et historisk tilbageblik på tidens skiftende kropsidealer afslører, at skønhedskulturen og modebilledet altid har været domineret af den slanke krop (Dr.dk, 2016). Kvinder har gennem tiden snøret kroppen ind med elastikker eller korsetter for at opnå en smallere talje - selv i epoker, hvor idealet efter sigende favoriserede runde og bløde former, som eksempelvis i 50'erne med Marilyn Monroe som det kvindelige ikon. Det slanke ideal har gentagne gange bevæget sig mod det decideret tynde. Dette kulminerede særligt i 90'erne med det såkaldte “heroin chic” - et udmagret look, hvor modebilledet var præget af “jo tyndere, jo bedre”, særligt repræsenteret af modeikonet Kate Moss. I 2010'erne skete der dog en forskydning, hvor kvindelige former kom i fokus, med kendisser som Nicki Minaj og Kim Kardashian i spidsen. Timeglasfiguren vandt indpas, og idealet blev nu en fyldig bagdel og store bryster (Dr.dk, 2016). Dette kropsideal blev opfattet som mere mangfoldigt og førte til en opmærksomhed på “body positivity” og kropsdiversitet. Uredigerede og realistiske kroppe blev hyldet på de sociale medier, hvor strækmærker og appelsinhud blev vist frem, og flere modebrands begyndte at inkludere modeller i alle størrelser ([Spiseforstyrrelse.dk](https://spiseforstyrrelse.dk), n.d. a). Også for mænd har kropsidealet ændret sig over tid - fra den slanke og atletiske krop til den muskuløse mand med brede skuldre. Ifølge eksperter har denne mere inkluderende æra dog nået sin udløbsfrist, og vi befinder os nu i en ny udgave af tyndhedskulturen, blot forklædt med begreber som velvære og sundhed ([Spiseforstyrrelse.dk](https://spiseforstyrrelse.dk), n.d. a; [Theguardian.com](https://theguardian.com), 2024). De sociale medier er igen fyldt med flade maver og tynde kroppe, men er nu pakket ind i et fokus på træning, kaloriefattige måltider og smart træningstøj ([Spiseforstyrrelse.dk](https://spiseforstyrrelse.dk), n.d. a). Uopnåelige og usunde kropsidealer har altid domineret, men forskellen er, at vi i dag er udsat for en konstant eksponering heraf gennem sociale medieplatforme. Især børn og unge, som er storforbrugere af disse medier, mødes dagligt af urealistiske og polerede kropsidealer (Mallarm et al., 2023). Særligt piger og unge kvinder synes at internalisere de skønhedsidealer, som de eksponeres for. En række forskningsstudier har dokumenteret en systematisk kobling mellem unge kvinders brug af sociale medier og usunde kropsrelaterede tanker og adfærd. Brugen af sociale medier bidrager således til en øget risiko

for negativ kropsopfattelse samt udvikling af symptomer, der er forbundet med spiseforstyrrelser (Dittmar & Howard, 2004, Hargreaves & Tiggemann, 2003, Harrison, 2000, Palladino-Green & Pritchard, 2003, Stice et al., 2001, as cited in Harrison & Hefner, 2006).

Kropsutilfredshed synes at være blevet en udbredt og nærmest normativ del af kvinder og mænds forhold til deres krop i dag. En undersøgelse af over 5.000 kvinder fandt, at hele 87% var utilfredse med deres krop, hvoraf en tredjedel rapporterede utilfredshed i moderat til udtalt grad (Mond et al., 2013). At så stor en andel af kvinder oplever deres krop som værende utilstrækkelig, vidner om en alvorlig samfundstendens. Dette rejser vigtige spørgsmål om, hvordan sociale og kulturelle idealer og standarder former kvinders forhold til sig selv og deres krop, samt hvilke konsekvenser det kan have for deres mentale og fysiske velvære. En vedvarende kropsutilfredshed er en risikofaktor for udviklingen af en spiseforstyrrelse, som kan føre til forsøg på at ændre kroppen gennem restriktive kostvaner, motion eller andre potentielt skadelige spise- eller adfærdsmønstre (Segura-García, 2012). Forskning viser, at kropsutilfredshed hos kvinder er forbundet med markant nedsat livskvalitet, særligt i relation til mental sundhed, psykosocial funktion og fysisk helbred - uafhængigt af spiseforstyrrelsessymptomatologi (Mond et al., 2013).

Det enorme og usunde fokus på kroppen kan endvidere føre til forstyrrelser i selvbedømmelsen af kropsform og vægt, hvor individets opfattelse af egen krop ikke stemmer overens med virkeligheden - også kaldet forvrænget kropsopfattelse. En person med kropsforvrængning ser noget andet i spejlet end det, andre ser, og oplever sig selv som værende for stor eller tyk (Sundhedsstyrelsen, 2021). Dette er en central psykologisk faktor i udviklingen og vedligeholdelsen af spiseforstyrrelser, men ses også i mildere grad hos personer uden spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen, 2021; Farrell et al., 2006). U hensigtsmæssige holdninger og adfærd relateret til krop og spisning er ofte forbundet med unge kvinder, men forekommer på tværs af køn og alder (Sundhedsstyrelsen, 2021). Tal fra Sundhedsdatastyrelsen (2020) viser i forbindelse heraf, at antallet af personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse i Danmark er steget i perioden fra 2010 til 2018 - en udvikling der gælder både mænd og kvinder. Lidelserne udgør en væsentlig folkesundhedsmæssig udfordring, ikke mindst grundet deres komplekse og multifaktorielle ætiologi, betydelige behandlingsmæssige vanskeligheder samt de alvorlige konsekvenser, de har for den enkelte (Brokjøb et al., 2024).

Med afsæt i ovenstående ønsker vi at undersøge, hvordan kropsopfattelse og forekomsten af symptomer på spiseforstyrrelser kommer til udtryk i en ikke-klinisk population af voksne danskere, samt om der eksisterer kønsforskelle. Vi undersøger endvidere, hvilken betydning disse symptomer har for individets sundhed og trivsel, herunder livskvalitet og forekomst af symptomer på angst og depression.

1.1 Problemformulering

Interessen for, hvordan voksne danskere uden en klinisk spiseforstyrrelse oplever forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer, samt hvilken betydning det har for deres liv, har ført til følgende problemformulering:

Hvordan optræder forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos en ikke-klinisk population af voksne danskere? Og findes der kønsforskelle? Endeligt vil sammenhængen mellem livskvalitet og henholdsvis forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi undersøges.

1.1.2 Hypoteser

Derudover formuleres to hypoteser med det formål at belyse og nuancere de centrale problemstillinger forbundet med forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi. Hypoteserne lyder som følger:

- I. Der er en positiv sammenhæng mellem forekomsten af forvrænget kropsopfattelse og graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi.*
- II. Mænd har en mindre forvrænget kropsopfattelse end kvinder.*

1.1.3 Forskningsspørgsmål

Foruden ovenstående hypoteser, vil nærværende studie undersøge følgende forskningsspørgsmål:

- I. Hvor stor en sammenhæng findes der mellem forekomsten af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos voksne danskere?*

- II. *Er der en forskel mellem voksne danskeres faktiske, estimerede og ønskede kropsmål?*
- III. *Udviser mænd en lavere grad af forvrænget kropsopfattelse end kvinder, ved en mindre overestimering og mindre kropstilfredshed?*
- IV. *Har mænd en mindre forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer end kvinder?*
- V. *Er graden af forvrænget kropsopfattelse associeret med nedsat livskvalitet?*
- VI. *Er graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi associeret med nedsat livskvalitet?*
- VII. *Er graden af forvrænget kropsopfattelse forbundet med symptomer på angst og depression?*
- VIII. *Er graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi forbundet med symptomer på angst og depression?*
- IX. *Er individets evne til at estimere andres kroppe forstyrret ved forvrænget kropsopfattelse?*
- X. *Er der forskel på lineære og cirkulære målemetoder til vurdering af kropsforvrængning?*

1.2 Operationalisering

For at sikre høj validitet i nærværende undersøgelse kræves præcise målinger, hvilket forudsætter en klar og entydig operationalisering af de psykologiske konstruktioner (Coolican, 2019). Undersøgelsen er tilrettelagt med udgangspunkt i PICO-principperne og et scoping review. PICO er en systematisk metode, der anvendes til at formulere og strukturere kvantitative forskningsspørgsmål (Sundhedsstyrelsen, 2017). Metoden bidrager til at målrette og afgrænse undersøgelsen ved at præcisere de vigtigste elementer i en problemstilling. PICO er således med til at fremhæve populationen (P), som studiet ønsker at undersøge, interventionen (I) der anvendes, sammenligningsgruppen (C), hvis sådan en forekommer, samt outcome (O) (Sundhedsstyrelsen, 2017). Et scoping review bidrager med en systematisk tilgang til at kortlægge eksisterende forskningslitteratur inden for emnet, hvilket giver overblik over den aktuelle viden samt identificerer områder, hvor der mangler viden.

Til at besvare undersøgelsens problemformulering samt de opstillede hypoteser og forskningsspørgsmål anvendes en række standardiserede vurderingsmetoder.

Til en kvantitativ vurdering af graden af forvrænget kropsoptagelse benyttes metoden *Body Size Estimation (BSE)*. Derudover anvendes en spørgeskemaundersøgelse, bestående af validerede psykometriske skalaer til vurdering af: spiseforstyrrelsessymptomatologi ved brug af *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, kropsoptagelse ved *Body Image Disturbance Assessment (BIDA)*, livskvalitet ved *WHO Quality of Life (WHOQOL)* samt en vurdering af komorbide symptomer på angst og depression, målt ved henholdsvis *State and Trait Anxiety Inventory (STAI)* og *Beck Depression Inventory (BDI)*. Anvendelsen af standardiserede skalaer sikrer en valid og pålidelig måling af psykologiske symptomer.

1.3 Struktur

Foreliggende problemformulering, hypoteser og forskningsspørgsmål er udviklet på baggrund af eksisterende litteratur og forskningsevidens om forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelser. I de kommende afsnit følger en nærmere afgrænsning af begreberne forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelser, en grundig teoretisk præsentation samt en gennemgang af den eksisterende forskning på området, gennem et scoping review. Specialets problemstilling vil blive belyst og besvaret gennem en tværsnitsundersøgelse og spørgeskemabaseret dataindsamling. Læseren vil blive introduceret for undersøgelsens metodiske fundament ved en gennemgang af den anvendte metodologi, metode og analyse. Herefter følger en præsentation af undersøgelsens resultater samt en diskussion heraf. Afslutningsvis perspektiveres undersøgelsens fund, og bidrag til fremtidig forskning bliver fremlagt.

1.4 Afgrænsning

Forvrænget kropsoptagelse er et komplekst fænomen, der beskrives gennem en varieret og omfattende terminologi inden for både teori og forskning. Den specifikke terminologi der anvendes, afhænger af det teoretiske perspektiv (Legenbauer et al., 2011; Gardner & Brown, 2014; Mölbert et al., 2017), hvilket gør det udfordrende at fastlægge en samlebetegnelse, der præcist og dækkende beskriver fænomenet. Med inspiration fra både det engelske forskningsfelts mest anvendte betegnelser “body image distortion” og “distorted body image” samt den danske oversættelse “forstyrret

legemsopfattelse” der indgår i WHO’s internationale klassifikationssystem, ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. udgave) (WHO, 1994), vil dette speciale anvende terminologien *forvrænget kropsoptagelse* og *kropsforvrængning*. Selvom betegnelsen forvrængning er af patologisk karakter og optræder i kliniske populationer, vil vi anvende samme operationalisering til at undersøge om fænomenet også er til stede i en ikke-klinisk population.

For at præcisere undersøgelsens omfang afgrænser vi os til en ikke-klinisk population af voksne danskere, som er minimum 18 år. Herved inkluderes både deltagere uden symptomer på forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi, men også deltagere med såvel som personer, der muligvis er diagnosticeret med en spiseforstyrrelse. Modsat en klinisk population eller en rask kontrolgruppe screenes deltagerne ikke for psykiske lidelser forud for deres deltagelse. Hensigten med at undersøge en ikke-klinisk population af voksne danskere er at få et retvisende billede af, hvordan symptomer på forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelser optræder hos en normpopulation.

Undersøgelsens datamateriale videregives til et større internationalt studie, som udvikler et kvantitativt mål for kropsforvrængning. Undersøgelsen bidrager dermed med et sammenligningsgrundlag til forekomsten af forvrænget kropsoptagelse i en dansk ikke-klinisk population. Specialets data kan således bidrage til at bestemme hvornår kropsforvrængning kan betragtes som et alment fænomen, og hvornår det bliver et patologisk spiseforstyrrelsessymptom.

1.5 Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv

Anorexia Nervosa (AN) blev først medicinsk beskrevet i Frankrig i 1873 af Charles Laségue og i Storbritannien i 1874 af William Gull (Carr, 2016). Gull var den første til at anvende termen “anorexia nervosa” (Carr, 2016), og præsenterede i denne forbindelse to patienttilfælde, Miss A og Miss B, som repræsentative patientbeskrivelser på AN (Mayall et al., 2025). Gull tilføjede senere yderligere to patienttilfælde med nye kliniske observationer. I beskrivelsen af sin første patient, Miss A, beskriver Gull hende som stærkt afmagret efter et betydeligt vægttab, med en kropsvægt på 37 kg, en højde på 167 cm og et BMI på kun 13.7. Patienten havde lidt af amenorré (udebleven menstruation) i et år, men var i en overvejende normal fysisk tilstand. Miss A var

iøjnefaldende rastløs og aktiv på trods af alvorlig lavvægt. Gulls konklusion var, at tilstanden var et resultat af sult med total afvisning af næsten alt fødeindtag (Mayall et al., 2025). Denne patientbeskrivelse er i dag, 151 år senere, velkendt og genkendelig i moderne psykiatri og adskiller sig ikke væsentligt fra nutidige beskrivelser af AN. Gull identificerede allerede dengang mange af de kliniske træk, der fortsat kendetegner lidelsen i dag. I sine patientbeskrivelser beskrev Gull dog ikke eksplicit en frygt for vægtøgning eller forvrænget kropsopfattelse. Dette kan skyldes, at disse AN-patienttilfælde ikke oplevede disse symptomer, at Gull ikke identificerede dem, eller at han ikke fandt det relevant at fremhæve (Mayall et al., 2025). Ikke desto mindre kan Gulls tilfælde klassificeres som AN i henhold til de diagnostiske kriterier i den amerikanske diagnosemanual, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. udgave) (Mayall et al., 2025; APA, 2013).

Først over 100 år senere, i 1979, fremsatte Gerard Russell, at *Bulimia Nervosa* (BN) var en særskilt lidelse fra AN (Carr, 2016). Russells beskrivelse af BN havde en markant indflydelse på klinisk og videnskabelig litteratur og ledte til en stor opmærksomhed på BN i 1980'erne (Russell, 2004). Russell observerede, at en række patienter afveg fra de diagnostiske kriterier for AN ved, at de havde et begrænset vægttab trods hyppige opkastninger. Han opdagede senere, at de hyppige selvfremkaldte opkastninger var en reaktion på ukontrollerede overspisningsepisoder, der skabte en intens frygt for vægtøgning (Russell, 2004). Spiseforstyrrelsen blev anerkendt som en selvstændig lidelse og fik navnet "bulimia nervosa" med henvisning til både de bulimiske symptomer samt den udtalte frygt for fedme og vægtøgning, som også kendetegner AN. Allerede i 1980 blev BN inkluderet i den tredje udgave af DSM med de diagnostiske kriterier: 1) patienterne led af en trang til at overspise, 2) forsøg på at undgå vægtøgning ved at fremkalde opkastning og/eller bruge afføringsmiddel, og 3) en sygelig frygt for fedme (Russell, 2004). Inddragelsen i DSM-3 spillede en vigtig rolle for bevidstheden om BN som en selvstændig spiseforstyrrelse og førte til en lang række forskningsstudier (Russell, 2004). Russells kliniske beskrivelse og diagnostiske kriterier har vist sig at være robuste og har dannet grundlaget for efterfølgende klassifikationssystemer med kun få tilføjelser (Russell, 2004).

Sondringen mellem AN og BN har været et centralt organiserende princip inden for klassificeringen af spiseforstyrrelser, og er det fortsat i dag. Sondringen er nyttig til at beskrive den primære forskel på lidelserne, men afspejler ikke til fulde variationerne der findes mellem og inden for de enkelte spiseforstyrrelsesdiagnoser

(Carr, 2016). Mange AN-patienter har bulimiske symptomer, ligesom mange skifter diagnostisk kategori fra AN til BN med tiden (Russell, 2004; Carr, 2016). DSM-5 indeholder derfor en specifik i klassifikationen af AN, der skelner mellem en restriktiv og bulimisk type, afhængigt af om patienten har tilbagevendende bulimiske episoder eller udrensende adfærd (APA, 2013). Denne specifik er også inkluderet i den kommende diagnosemanual ICD-11 (WHO, 2025). Klassificeringen anvendes også allerede i dansk klinisk praksis, hvor en spiseforstyrrelse betegnes AN af bulimisk type, hvis kriterierne for både AN og BN er opfyldt. Forskning viser, at denne kombination af symptomer er forbundet med en højere somatisk risiko og en dårligere prognose (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Albert Stunkard beskrev allerede *Binge Eating Disorder (BED)* som et klinisk fænomen hos nogle personer med fedme i 1959 (Stunkard, 1959), men fænomenet blev på dette tidspunkt ikke anerkendt som en separat spiseforstyrrelsesdiagnose. I 1980'erne demonstrerede en række forskningsstudier funktionen af overspisning som et klinisk træk hos personer, der ikke engagerede sig i kompenserende adfærd, som det ses ved bulimi. Forskningen var med til at sætte fokus på BED som en potentiel selvstændig diagnose (Spitzer et al., 1993). I 1991 foreslog Spitzer BED som en formel diagnose og introducerede de diagnostiske kriterier for lidelsen (Spitzer, 1991). De følgende år var præget af en omfattende debat om, hvorvidt BED skulle anerkendes som en selvstændig spiseforstyrrelse, eller om den skulle indgå under Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) i den daværende diagnosemanual DSM-4. Debatten resulterede i, at BED blev kategoriseret under EDNOS i 1994 (Spitzer et al., 1993; Russell, 2004). Først med DSM-5 i 2013 blev BED anerkendt som en selvstændig diagnose (APA, 2013). I Danmark er BED endnu ikke klassificeret som en selvstændig spiseforstyrrelse under ICD-10, men optræder fortsat under Andre Spiseforstyrrelser (WHO, 1994). Lidelsen er dog inkluderet som selvstændig diagnose i den kommende ICD-11 (WHO, 2025).

2. Teori

2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en fællesbetegnelse for en række alvorlige psykiatriske lidelser, hvor patienterne har et kompliceret og forstyrret forhold til mad, spisning, vægt og kropsbillede (Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005). I Danmark anvendes det internationale klassifikationssystem, ICD-10, hvori spiseforstyrrelser omfatter AN, BN, Andre spiseforstyrrelser, herunder BED og Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) samt Uspecificerede spiseforstyrrelser, til at diagnosticere den specifikke lidelse (Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005; WHO, 1994; AED, 2021). Fælles for lidelserne er, at de er kendetegnet ved patologiske bekymringer relateret til kropsform og kropsvægt samt afvigende spiseadfærd med en forstyrret regulering af fødeindtag. Lidelserne er endvidere forbundet med alvorlige og livstruende somatiske og psykologiske konsekvenser såsom subjektiv forpintthed, høj dødelighed og psykiatrisk komorbiditet (Sundhedsstyrelsen, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2021; WHO, 1994; AED, 2021).

Foruden de fælles træk, som spiseforstyrrelser deler, forekommer der distinkte diagnostiske kriterier, der differentierer lidelserne fra hinanden (Møhl, 2017). AN er kendetegnet ved et intentionelt vægttab, der medfører en kropsvægt, som er minimum 15% lavere, end hvad der må forventes baseret på patientens højde, køn og alder (WHO, 1994, Sundhedsstyrelsen, 2005, Sundhedsstyrelsen, 2021). Den lave kropsvægt vedligeholdes gennem restriktiv spiseadfærd og ledsages af en altopslugende frygt for vægtstigning og overvægt. Der ses også forstyrrelser i kropsopfattelsen og en manglende erkendelse af sygdommens alvor (AED, 2021, Sundhedsstyrelsen, 2005, Sundhedsstyrelsen, 2021). BN karakteriseres ved overspisningsepisoder ledsaget af en følelse af kontroltab efterfulgt af kompenserende adfærd såsom selvinduceret opkastninger, overdreven motion, slankepiller eller faste (AED, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2021; WHO, 1994). Ligesom ved AN er BN også karakteriseret ved en forstyrret kropsopfattelse med frygt for fedme (WHO, 1994). Kerne-symptomet ved BED er, som ved BN, episoder med overspisning ledsaget af en følelse af kontroltab. I modsætning til BN forekommer der ingen kompensatorisk adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2021; AED, 2021). Patienten vil efter overspisningsepisoder opleve en ekstrem mæthed og ofte føle sig skyldig og skamfuld (AED, 2021;

Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005). BED er ikke kendetegnet ved forstyrret kropsopfattelse i de gældende diagnoseklassifikationer (WHO, 1994; APA, 2013). ARFID er kendetegnet ved restriktiv/utilstrækkelig fødeindtagelse, som resulterer i væsentligt vægttab og alvorlige kritiske ernæringsmæssige mangler. I modsætning til de andre spiseforstyrrelser er denne ikke forbundet med bekymringer om vægt og/eller kropsform (AED, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2021). På baggrund heraf, vil ARFID ikke behandles i nærværende speciale. Trods sondringen mellem de diagnostiske kategorier, ses der et betydeligt sammenfald i spiseproblematikkerne

2.1.1 Prævalens

Ifølge tal fra Sundhedsdatastyrelsen (2020), som udelukkende omfatter prævalens baseret på registrerede tilfælde med kontakt til det offentlige psykiatriske sundhedsvæsen, blev der i 2010 registreret cirka 7.200 personer med en spiseforstyrrelse. Dette tal har været kontinuerligt stigende, og i 2018 havde hele 11.700 personer en spiseforstyrrelse. Foreningen for Spiseforstyrrelser og Selvskade samt Psykiatrifonden anslår imidlertid at hele 75.000 danskere har en spiseforstyrrelse (Spiseforstyrrelse.dk, n.d. b; Psykiatrifonden, n.d.). Ifølge Foreningen Spiseforstyrrelse og Selvskade er BED den mest udbredte spiseforstyrrelse i Danmark. Det anslås, at cirka 40.000 personer lider af BED sammenlignet med omtrent 30.000 personer med bulimi og 5.000 med anoreksi (Spiseforstyrrelse.dk, n.d. b). Forekomsten af spiseforstyrrelser er præget af en skæv kønsfordeling, hvor mænd i perioden 2010-2018 udgjorde knap 5% af tilfældene blandt voksne danskere (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Ungdomsårene anses som en sårbar periode for udviklingen af spiseforstyrrelser (Liechty & Lee, 2013; McClain & Peebles, 2016). Den gennemsnitlige alder for nye patienter med spiseforstyrrelser er henholdsvis 14 år for piger og 13 år for drenge (Sundhedsstyrelsen, 2021). Der ses desuden en generel høj forekomst blandt børn og unge, som i 2018 udgjorde mere end halvdelen af de nyregistrerede patienter (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Det bør imidlertid pointeres, at prævalensraterne for spiseforstyrrelse kan være vanskelige at estimere, da en andel af de berørte individer benægter eller underrapporterer deres symptomer (Smink et al., 2012), ligesom en del tilfælde aldrig opsøger formel hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2021). Spiseforstyrrelser kan manifestere sig med varierende sværhedsgrad (Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005). I differentierin-

gen af alvorsgraden indgår en række parametre som motivation, psykologisk indsigt og komorbiditet (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Spiseforstyrrelser er mulige at behandle og full-recovery er opnåelig uanset subtypen (AED, 2021). Imidlertid ses ofte langvarige forløb, der kompliceres af manglende motivation og sygdomserkendelse, ligesom risikoen for recidiv og psykiatrisk komorbiditet udgør væsentlige udfordringer for behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2005). Som følge heraf kan lidelserne udvikle sig til kroniske tilstande (Sundhedsstyrelsen, 2021). Cirka 10% af patienterne har fortsat kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen otte år efter deres første behandlingsforløb (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Spiseforstyrrelser udgør den gruppe af psykiske lidelser med den højeste dødelighed, og alle subdiagnoserne er forbundet med en forhøjet mortalitetsrisiko, hvor AN har den højeste (AED, 2021; Smink et al., 2012; Chesney et al., 2014). Dødeligheden blandt kvinder med AN er hele 12 gange højere end hos gennemsnitsbefolkningen og omtrent dobbelt så høj som ved andre psykiatriske lidelser såsom skizofreni og depression (Carr, 2016). Denne forhøjede dødelighed skyldes blandt andet en øget risiko for selvmord samt under- og fejlnæring (AED, 2021; Carr, 2016).

2.1.2 Ætiologi

Spiseforstyrrelser kan ramme personer på tværs af alder, etnicitet, køn og socioøkonomisk status (AED, 2021). Årsagen til, at nogle individer udvikler en spiseforstyrrelse, kan ikke fastlægges med sikkerhed, men der er dog bred enighed om, at ætiologien bag disse lidelser er kompleks og multifaktoriel og involverer et samspil af biologiske, sociale og psykologiske faktorer (Sundhedsstyrelsen, 2021; Videbech, 2018). Dette omfattende samspil beskrives af Garner & Garfinkel (1980) i deres diatase-stress model for ætiologien af spiseforstyrrelser (se bilag 1, figur 1). Modellen differentierer mellem disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer, der kan bidrage til udviklingen og opretholdelsen af lidelsen (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Disponerende faktorer kan ifølge Garner og Garfinkel (1980) både være af individuel, familiær og sociokulturel karakter. Individuelle karakteristika omfatter biologiske aspekter, såsom genetisk disposition for overvægt, samt psykologiske faktorer, herunder specifikke personlighedstræk. Derudover kan en familiehistorie præget af belastende eller dysfunktionelle omstændigheder øge sårbarheden for udviklingen af lidelsen. Kropsidealer udgør en sociokulturel faktor, som kan have betydelig

indflydelse på, at et individ udvikler en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen, 2020; Garner & Garfinkel, 1980). Flere individer kan være præget af en kombination af både individuelle, familiære og sociokulturelle risikofaktorer. Disse bliver dog først patologiske, når de optræder i samspil med en udløsende begivenhed, der kan bidrage til udviklingen af spiseforstyrrelse (Garner & Garfinkel, 1980).

Udløsende faktorer til en spiseforstyrrelse, indebærer situationer, der er forbundet med stort følelsesmæssigt pres, præstationskrav eller usikkerhed (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det kan være forandringer i livet, såsom skilsmisse eller andre livskriser, der kan fungere som en katalysator for lidelsens debut (Sundhedsstyrelsen, 2020; Garner & Garfinkel, 1980). Desuden kan biologiske forhold, såsom pubertet, være udløsende for en spiseforstyrrelse (Sundhedsstyrelsen, 2020).

En spiseforstyrrelse kan vedligeholdes af både psykologiske og biologiske faktorer, ligesom omgivelsernes reaktioner (Sundhedsstyrelsen, 2020). En forandring i kroppens fysiologi kan eksempelvis bidrage til at opretholde og forstærke lidelsen over tid (Sundhedsstyrelsen, 2020; Garner & Garfinkel, 1980). Spiseforstyrrelser kan have en væsentlig psykologisk funktion, idet de både kan virke beroligende for patienten, ligesom lidelsen kan fungere som mekanisme til affektregulering. Når restriktiv spising eksempelvis lykkes, kan det for patienten medføre ro, tilfredshed, mestring og en følelse af kontrol, imens manglende løsningsmetoder til den dysfunktionelle mestringsstrategi kan vedligeholde lidelsen (Sundhedsstyrelsen, 2020). Desuden kan miljøet, som individet befinder sig i, også fungere som en vedligeholdende faktor. Bestemte holdninger til sundhed, krop og vægt samt anerkendelse, kan i spiseforstyrrelsens tidlige fase bidrage til at opretholde lidelsen (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Modellen fremhæver samlet set, at udviklingen af en spiseforstyrrelse sjældent skyldes en enkeltstående faktor, men snarere et komplekst samspil mellem sårbarheder, stressorer og mekanismer, der fastholder lidelsen.

2.2 Forvrænget kropsofattelse

Et individs *kropsofattelse* defineres som den mentale repræsentation, man har af ens krops størrelse, form og struktur og de følelser, man har omkring disse karakteristika og de enkelte kropsdele (Slade, 1994). Patienter med spiseforstyrrelser oplever og udviser ofte ændringer i deres kropsofattelse samt oplever alvorlige negative tanker og

følelser relateret til kroppen (APA, 2013; Mohr et al., 2016). Denne forvrængning i opfattelsen af egen krop defineres som forvrænget kropsovfattelse eller kropsforvrængning (Cash & Deagle, 1997).

Forvrænget kropsovfattelse udgør et centralt karakteristikum ved spiseforstyrrelser og er et gennemgribende symptom, der spiller en afgørende rolle i udviklingen og vedligeholdelsen af spiseforstyrrelser, og som ofte fortsætter efter remission. Alvorsgraden og varigheden af kropsforvrængning er en prognostisk indikator for langtidsudfald og forudsiger risikoen for tilbagefald (Mohr et al., 2016; Waldman et al., 2013). Kropsforvrængning blev først identificeret af Hilde Bruch i 1962, hvor hun beskrev, at det særligt patogene ved AN ikke var selve underernæringen, men snarere patientens forvrængede kropsbillede og den heraf manglende erkendelse af egen tilstand samt frykten for vægtøgning (Bruch, 1962; Artoni, 2024). Symptomet forvrænget kropsovfattelse betragtes ofte som særligt fremtrædende hos patienter med AN, der, trods alvorlig undervægt, kan opfatte sig selv som svært overvægtige. Kropsforvrængning er dog ikke specifik for AN, men optræder også hos andre spiseforstyrrelser såsom BN og BED (Artoni, 2024).

En forvrængning i kropsovfattelsen er et kernesymptom og diagnostisk kriterium ved AN og BN (WHO, 1994; APA, 2013). Alligevel fremgår symptomet ikke klart defineret i særligt de amerikanske sygdomsklassifikationer, men fremstår kun vagt beskrevet (Artoni, 2024). I DSM-5 optræder kropsforvrængning i det diagnostiske kriterium C for AN ved tilstedeværelsen af “forstyrret opfattelse af krop og vægt”, “selvevaluering påvirkes i urimelig grad negativt af vægt og figur” eller “vedvarende manglende anerkendelse af faren ved den aktuelle lave vægt” (APA, 2013). Ved BN er kropsforvrængning blot beskrevet ved diagnose kriterie D som “selvevaluering påvirkes i udpræget grad negativt af vægt og figur” (APA, 2013). I ICD-10 er symptomet mere klart defineret ved AN med “forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme” og ved BN med “forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme” (WHO, 1994).

Der findes flere teoretiske tilgange til at forklare forvrænget kropsovfattelse. Den mest udbredte konceptualisering stammer fra Cash & Deagle (1997), som foreslog, at kropsovfattelsen bør forstås ud fra to dimensioner: en perceptuel og en holdningsmæssig. *Den perceptuelle dimension* omhandler, hvor nøjagtigt individet kan vurdere egne kropslige dimensioner, mens *den holdningsmæssige dimension* omfatter individets affektive og kognitive holdninger relateret til kroppen. Sidstnævnte

inkluderer således både individets følelser omkring kroppen (affekt), samt hvad de mener om deres udseende (kognition). Forstyrrelser i den holdningsmæssige dimension omfatter bekymringer vedrørende kropsstørrelse og vægt samt uhensigtsmæssige holdninger til spisning, og de manifesteres ved niveauet af *kropsutilfredshed* (Brokjøb et al., 2024). Andre teoretiske perspektiver betragter kropsforvrængning som bestående af fire separate kropsrelaterede komponenter herunder perceptuelle, affektive, kognitive og adfærdsmæssige (Artoni et al., 2021; Artoni, 2024; Mölbert et al., 2017; Gaudio & Quattrocchi, 2012). Sidstnævnte dækker over den adfærd, som den forvrængede kropsopfattelse forårsager og omfatter handlinger, som udføres for at kontrollere, ændre eller skjule kroppen - herunder problematisk spiseadfærd, undgåelsesadfærd, body-checking og social tilbagetrækning (Vocks et al., 2007; Cash & Deagle, 1997; Artoni, 2024). Indeværende speciale vil fremover anvende skelnen mellem den perceptuelle og holdningsmæssige dimension af forvrænget kropsopfattelse.

Kropsforvrængning omfatter således en lang række perceptuelle og holdningsmæssige problematikker. Foruden en ændring i perceptionen af egen krop og vurderingen af egen kropsstørrelse, indbefatter symptomet hyppig body-checking adfærd negative og selvkritiske kropsrelaterede tanker såsom "jeg er tyk" eller "jeg er klam", gentagen sammenligning med andres kroppe, samt følelser af angst, skam og væmmelse ved egen krop.

En forvrænget kropsopfattelse betegnes desuden som *allocentrisk*, da den mentale repræsentation af kroppen typisk er baseret på et tredjepersonsperspektiv (Artoni, 2024). Hos patienter med spiseforstyrrelse er denne kropsrepræsentation typisk større i forhold til kroppens faktiske størrelse, idet patienten både ser og føler deres krop som værende større, end hvad den i virkeligheden er. Patienten er typisk overbevist om, at de skal tabe sig, selvom vedkommende er normalvægtig eller undervægtig (Mohr et al., 2011; Mölbert et al., 2017; Artoni, 2024). Samlet set manifesterer kropsforvrængning sig ved en udtalt kropsutilfredshed samt en oplevelse af at være for stor, uagtet vægt og kropsstørrelse (Benninghoven et al., 2007).

En forvrænget kropsopfattelse opstår typisk i de tidlige ungdomsår, hvilket kan tilskrives en øget sårbarhed i denne periode. Den tidlige ungdomsalder er ofte karakteriseret ved sociale sammenligninger med jævnaldrende samt kropslige forandringer som følge af puberteten, der skal integreres i kropsbilledet (Artoni, 2024; Sundhedsstyrelsen, 2021).

Kropsforvrængning kan også forekomme uafhængigt af spiseforstyrrelser og forveksles ofte med kropsdysmorfi. Kropsdysmorfi, også kendt som Body Dysmorphic Disorder (BDD), indebærer også markante bekymringer om udseendet, men er en obsessiv-kompulsiv lidelse, karakteriseret ved overdreven bekymring og overoptagethed over skønhedsfejl. Kropsdysmorfiske bekymringer er ikke nødvendigvis relaterede til vægt, men fokuserer særligt på indbildte eller minimale defekter ved særligt ansigtet, huden og næsen (Artoni, 2024). Nærværende speciale inddrager ikke kropsdysmorfi, da vores fokus er på forvrænget kropsopfattelse som del af spiseforstyrrelsessymptomatologien.

Specialet vil fremover referere til forvrænget kropsopfattelse ved de to dimensioner: den perceptuelle (overestimering af kropsstørrelse) og den holdningsmæssige (kropsutilfredshed).

3. Scoping review

For at opnå en dybdegående indsigt i eksisterende forskning inden for kropsforvrængning og spiseforstyrrelser er der gennemført et *scoping review*. Et scoping review er en vidensyntese, hvor der anvendes en systematisk og iterativ tilgang til at kortlægge og integrere eksisterende og ny forskning samt litteratur om et specifikt emne (Mak & Thomas, 2022; Peters et al., 2015). Det primære formål med scoping reviewet er at identificere omfanget, diversiteten samt karakteren af litteraturen og afdække eventuelle videnshuller indenfor det undersøgte emne (Mak & Thomas, 2022; Andersen et al., 2016).

Vores litteratursøgning er foretaget i anerkendte akademiske databaser, herunder PsycInfo, PubMed, Primo og Google Scholar. For at gennemføre en systematisk søgning er problemformuleringen, hypoteser og forskningsspørgsmål omsat til relevante søgeord, hvor brugen af både specifikke og generelle søgetermer sikrer en nuanceret afdækning af forskningsfeltet (Andersen et al., 2016). Inkluderede søgetermer kan aflæses i boks 1.

Body image, body image distortion, body distortion, body image dissatisfaction, body dissatisfaction, body distress, body image disturbance, eating disorder(s), ED, eating pathology, disordered eating symptoms, anorexia nervosa, AN, bulimia nervosa, BN, binge eating disorder, BED, other specified eating disorder, OSFED, eating disorder not otherwise specified, EDNOS, men, male, women, female, gender, comorbidity, quality of life, depression, anxiety

Boks 1

3.1 Introduktion af forskningsfeltet

Forskningslitteraturen om forvrænget kropsopfattelse er præget af betydelige uoverensstemmelser og inkonsekvente resultater. Dette tilskrives i høj grad, at der ikke eksisterer nogen entydig definition af begrebet eller standardiseret operationalisering heraf (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997; Farrell et al., 2005). Der findes altså hverken nogen bredt accepteret definition af begrebet eller nogen ensartet måde at

måle og undersøge symptomet på. Dette skyldes forskeres uenigheder i konceptualiseringen af kropsforvrængning som symptom, og dermed deres teoretiske ståsted. Forskningslitteraturen har traditionelt fokuseret på forvrænget kropsopfattelse som et perceptuelt fænomen, men studier har siden vist, at kropsforvrængning er mere komplekst end som så og også involverer holdningsmæssige psykologiske mekanismer (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997). Alt imens forskningen kontinuerligt arbejder på at forbedre målemetoderne for kropsforvrængning, mangler der fortsat en entydig og samlet definition af begrebet (Artoni, 2024; Gardner & Brown, 2014). Trods den manglende teoretiske konsensus, fraværet af en ensartet operationalisering og divergerende forskningsresultater, foreligger der fortsat væsentlige empiriske fund inden for forskningsfeltet. Disse vil blive gennemgået i det følgende.

3.2 Overestimering og kropstillfredshed

Som tidligere fastlagt, er forvrænget kropsopfattelse et centralt karakteristikum ved spiseforstyrrelser, hvilket også afspejles i forskningen, hvor personer med spiseforstyrrelser udviser en større grad af kropsforvrængning sammenlignet med personer uden en spiseforstyrrelse (Cash & Deagle, 1997; Artoni, 2024; Mohr et al., 2016; Farrell et al., 2005). Dette afspejles ved, at personer med spiseforstyrrelser udviser en større perceptuel forvrængning i form af overestimering af egen kropsstørrelse, samt en øget grad af kropstillfredshed, sammenlignet med personer uden spiseforstyrrelser - et solidt og veldokumenteret fund på tværs af forskningsfeltet (Cash & Deagle, 1997; Brokjøb et al., 2024; Artoni, 2024; Mölbart et al., 2017; Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014; Benninghoven et al., 2007).

Forskningen indenfor forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelser har fokuseret på de to primære spiseforstyrrelsesdiagnoser, AN og BN, hvorfor en lang række studier derfor også viser, at disse to patientgrupper overestimerer deres egen krop betydeligt sammenlignet med raske kontrolpersoner (Cash & Deagle, 1997; Mölbart et al., 2017; Glashouwer et al., 2019; Mohr et al., 2010; Mohr et al., 2011; Dalhoff et al., 2019; Mountjoy et al., 2014). En undersøgelse af Dalhoff et al. (2019) finder, at AN-patienter i gennemsnit overestimerer deres egen kropsstørrelse med hele 33%, sammenlignet med 11% hos raske kontrolpersoner. En overestimering af kropsstørrelse ses dog på tværs af spiseforstyrrelsesdiagnoserne (Mölbart et al., 2017) og er

ligeledes påvist hos patienter med BED (Ahrberg et al., 2011; Lydecker et al., 2017; Lewer et al., 2016; Wardle et al., 2001; Goldschmidt et al., 2010). Den perceptuelle forvrængning i form af overestimering af egen kropsstørrelse skyldes, at personer med en forvrænget kropsopfattelse har tendens til at opfatte deres krop som værende større, end den i virkeligheden er (Dalhoff et al., 2019). Brokjøb et al. (2024) finder en generel sammenhæng mellem, at jo mere negativt individet opfatter sin egen krop, desto større tendens har vedkommende til at vurdere egen kropsstørrelse. Underbyggende forskning viser, at AN-patienter med forvrænget kropsopfattelse sågar bevæger sig, som om deres kroppe er større, end de faktisk er (Guardia et al., 2010, Guardia et al., 2012, Keizer et al., 2013, Metral et al., 2014, as cited in Glashouwer et al. 2019).

Forvrængning i den holdningsmæssige dimension hos personer med spiseforstyrrelser er også blevet identificeret på tværs af forskningen, hvilket kommer til udtryk ved en høj grad af kropsutilfredshed (Cash & Deagle, 1997; Mohr et al., 2010; Mohr et al., 2011; Benninghoven et al., 2007; Waldman et al., 2013). Ifølge Cash & Deagle (1997) afspejles dette ved, at patienter med spiseforstyrrelser udviser en større diskrepans mellem deres opfattede kropsstørrelse og deres ønskede kropsstørrelse sammenlignet med raske kontrolpersoner. Anden forskning har påvist en høj grad af kropsutilfredshed gennem selvrapporteringsværktøjer og interviews, der er udviklet til at vurdere graden af psykopatologi forbundet med kropsrelaterede bekymringer (Segura-García et al., 2012; Ahrberg et al., 2011; Lewer et al., 2016). En høj grad af kropsutilfredshed er også fundet på tværs af spiseforstyrrelsesdiagnoserne (Wardle et al., 2001; Ahrberg et al., 2011; Lydecker et al., 2017; Lewer et al., 2016).

Benninghoven et al. (2007) finder, at forvrænget kropsopfattelse er en forstyrrelse i behandlingen af kropsrelateret selvrefererende information og ikke en generel forstyrrelse i information om kropsbilleder. Kropsforvrængning vedrører altså kun individet selv og dets egen krop og påvirker dermed ikke opfattelsen af andres kroppe.

3.3 Kropsforvrængning ved subtyper af spiseforstyrrelser

Forskningen inden for kropsforvrængning har hovedsageligt beskæftiget sig med patienter med AN (Artoni, 2024), hvilket formodentlig skyldes at disse patienters forvrængede kropsopfattelse er særlig tydelig grundet deres lavvægt. AN-patienter med forvrænget kropsopfattelse er typisk alvorligt undervægtige, men opfatter sig selv som

store og overvægtige (Artoni, 2024), hvilket sandsynligvis har gjort, at symptomet har fremstået mere iøjnefaldende end hos patientgrupper, der er normalvægtige eller overvægtige. Imidlertid er forvrænget kropsopfattelse ikke udelukkende forbundet med AN, men forekommer også hos patienter med BN og BED (Artoni, 2024; Wardle et al., 2001; Goldschmidt et al., 2010; Lewer et al., 2016, 2017).

Der forekommer divergerende forskningsfund hvad angår, hvordan kropsforvrængning manifesterer sig hos de forskellige subtyper af spiseforstyrrelser samt hvilken subtype, som udviser den største grad af forvrængning. En række studier indikerer, at patienter med BN udviser en mere udtalt grad af kropsforvrængning sammenlignet med patienter med AN (Williamson et al., 1993; Grilo et al., 2019; Mölbert et al., 2017), mens anden forskning ikke finder nogen forskel herimellem (Schneider et al., 2009). Andre studier finder mere specifikt, at BN-patienter oplever en højere grad af kropstillfredshed sammenlignet med AN-patienter (Cash & Deagle, 1997; Russka et al., 2005; Benninghoven et al., 2007), mens AN-patienter har større tendens til at overestimere deres kropsstørrelse, sammenlignet med patienter med BN (Madowitz et al., 2015 as cited in Idini et al. 2024; Brokjøb et al., 2015; Benninghoven et al., 2007; Grunwald et al., 2002). Idini et al. (2024) fandt endvidere, at patienter med spiseforstyrrelser karakteriseret ved udrensningsadfærd har tendens til at udvise et højere niveau af forvrænget kropsopfattelse. Dette betyder, at patienter med udrensende AN og BN udviser større grad af kropsforvrængning i form af overestimering af egen kropsstørrelse, sammenlignet med eksempelvis restriktiv AN (Idini et al., 2024). En betydelig mængde forskning finder evidens for, at personer med BED udviser en høj grad af kropstillfredshed på niveau med patienter med AN og BN samt en højere grad af kropstillfredshed end hos overvægtige personer uden spiseforstyrrelser (Masheb & Grilo, 2000, as cited in Harrison et al., 2015; Lewer et al., 2016). Det er tilmed fundet, at personer med BED udviser en betydelig højere grad af overestimering af deres egen kropsstørrelse sammenlignet med personer uden spiseforstyrrelse (Lydecker et al., 2017; Goldschmidt et al., 2010; Harrison et al., 2015; Ahrberg et al., 2011), samt at graden af overestimering er forbundet med øget psykopatologi og behandlingsudfald (Mond et al., 2007 as cited in Harrison et al., 2015; Grilo et al., 2008; Masheb & Grilo, 2008). Som tidligere nævnt, er BED endnu ikke anerkendt som selvstændig diagnose i ICD-10, men er inkluderet i den kommende ICD-11 samt i DSM-5. Dog indgår kropsforvrængning fortsat ikke som et selvstændigt diagnostisk kriterium ved BED i de to diagnosemanualer, ICD-11 og DSM-5 (WHO, 2025; APA, 2013), på trods af, at

forskningen dokumenterer, at forvrænget kropsopfattelse er et centralt symptom ved BED og derfor peger på, at kropsforvrængning bør indgå enten som selvstændigt diagnosekriterie eller som specifikator for BED (Harrison et al., 2015; Grilo et al., 2008).

3.4 Forvrængning hos den generelle befolkning

Mens en forvrænget kropsopfattelse er et centralt og gennemgribende symptom ved spiseforstyrrelser, forekommer fænomenet ikke udelukkende hos denne patientgruppe, men ses også hos den generelle befolkning. Ifølge Farrell et al. (2006) kan forvrænget kropsopfattelse også observeres hos personer uden spiseforstyrrelser, om end i mindre udtalte grader. Forskningen viser nemlig, at en betydelig andel af den generelle befolkning oplever en negativ kropsopfattelse (Mountjoy et al., 2014; Cash & Deagle, 1997). Dette ses særligt hos kvinder, som udviser en tendens til at udvikle en negativ kropsopfattelse, kropsutilfredshed og et ønske om at være tyndere (Cash & Henry, 1995 as cited in Benninghoven et al., 2007; Cash & Deagle, 1997; Rodin et al., 1984). En amerikansk undersøgelse viser, at hver fjerde kvinde rapporterer at have uhensigtsmæssig spise- og vægtkontrollerende adfærd (Forman-Hoffman, 2004, as cited in Farrell et al., 2006). En forvrænget kropsopfattelse kan således forekomme hos den generelle befolkning, men adskiller sig ved at den ikke nødvendigvis er patologisk og behandlingskrævende og dermed ikke kan sidestilles med den forvrængning, der er karakteristisk for personer med spiseforstyrrelser (Farrell et al., 2006; Benninghoven et al., 2007). En sådan forekomst hos den generelle befolkning er væsentlig at have for øje, da forvrænget kropsopfattelse forårsager forpinthed hos individet, uagtet sværhedsgraden, samt er indikator for udviklingen af en spiseforstyrrelse (Farrell et al., 2006; Cash & Deagle, 1997; Ahrberg et al., 2011). Modsat peger andre forskningsstudier på, at raske personer har en tendens til at underestimere deres krop (Ahrberg et al., 2011; Vocks et al., 2007; Lewer et al., 2017).

3.5 Kønsforskelle

Forskningen dokumenterer betydelige kønsmæssige forskelle i individets kropsopfattelse og forholdet til kroppen.

Betydelige kønsforskelle er identificeret inden for kropsutilfredshed, idet kvinder rapporterer en væsentlig højere grad af kropsutilfredshed sammenlignet med mænd (Feingold & Mazzella, 1998; Muth & Cash, 1997; Cash & Brown, 1989; Cooper & Fairburn, 1983). Et studie af Fallon & Rozin (1985) undersøgte, hvordan henholdsvis kvindelige og mandlige studerende opfattede deres aktuelle kropsstørrelse, deres ideelle krop samt den figur, de fandt mest attraktiv for deres eget køn, og fandt markante kønsforskelle. Blandt mænd var der en statistisk signifikant overensstemmelse mellem deres opfattelse af deres aktuelle kropsstørrelse, deres ideelle kropsstørrelse samt den figur, de vurderede som mest attraktiv for eget køn (Fallon & Rozin, 1985). Kvindernes opfattelser fulgte derimod et radikalt anderledes mønster, da de vurderede deres aktuelle kropsstørrelse som væsentligt større end både deres ideelle figur, og den kropstype, de fandt mest attraktiv for deres eget køn (Fallon & Rozin, 1985). Studiet fandt således en tendens til, at kvinderne udviste større overestimering og kropsutilfredshed sammenlignet med mændene. I forlængelse heraf fandt et amerikansk studie, at næsten halvdelen af amerikanske kvinder havde en negativ selv vurdering af deres udseende og rapporterede en markant optagethed af deres vægt (Cash & Henry as cited in Muth & Cash, 1997). Forskning viser i denne forbindelse, at normalvægtige kvinder er dobbelt så tilbøjelige til at opfatte sig selv som overvægtige sammenlignet med mænd (Cash & Hicks, 1990). Studier indikerer, at kvinder overordnet er mere kognitivt og adfærdsmæssigt investerede og bevidste om deres fysiske fremtoning (Jackson et al., 1987 as cited in Muth & Cash, 1997; Cash & Brown, 1989), mens mænd har en højere selv vurderet attraktivitet sammenlignet med kvinder (Feingold & Mazella, 1998). Kropsutilfredshed afspejles i et ønske om at tabe sig, hvorfor ovenstående fund er i overensstemmelse med, at kvinder oftere vejer dem selv, er på slanketure og beskriver dem selv som overvægtige (Fallon & Rozin, 1985; Furnham et al. 2002). Resultaterne understøtter således antagelsen om, at kvinder generelt oplever en større utilfredshed med deres fysiske fremtoning sammenlignet med mændene. En voksende mængde forskning har dog også identificeret en stigende tendens til kropsutilfredshed blandt mænd (Lee et al., 2002, as cited in Jones & Morgan, 2010; Furnham et al., 2002). I forlængelse heraf finder en række studier, at mænd er lige så utilfredse med deres kropsform og vægt, som kvinder (Drewnowski & Yee, 1987 as cited in Furnham et al., 2002; Silberstein et al., 1988). Mænd oplever altså også kropsutilfredshed. Dog adskiller den sig fra kvinders. Mænds kropsutilfredshed og de dertilhørende bekymringer har nemlig en anden karakter og kan betragtes som todimensionel, idet nogle

stræber efter vægttab, mens andre ønsker at øge vægt og muskulatur (Furnham et al., 2002; Wyssen et al., 2016). Anderledes forholder det sig for kvinderne, hvor kun 4.4% ønsker at øge deres vægt (Silberstein et al., 1988).

En væsentlig kønsforskel relaterer sig endvidere til, hvilke aspekter ved kroppen der fremkalder størst utilfredshed hos mænd og kvinder (Cafri & Thompson, 2004). Mens kvinder primært udtrykker kropsutilfredshed med deres vægt og figur med et ønske om at være tyndere, rapporterer mænd typisk utilfredshed med deres muskelstørrelse med et ønske om en større og mere muskuløs overkrop (Garner, 1997 as cited in Jones & Morgan, 2010; Harvey & Robinson, 2003). I denne sammenhæng synes mænd at tillægge kropsform og størrelse en større betydning end selve vægten (Anderson & Di Domenico, 1992 as cited in Furnham et al. 2002). Forskningen indikerer således en kønsforskel mellem tyndhed versus muskelmasse, hvilket også ses afspejlet ved det faktum, at mange normalvægtige kvinder opfatter sig selv som overvægtige, mens normalvægtige mænd nærmere har tendens til at opfatte sig som værende undervægtige (Jones & Morgan, 2010; Blashill & Wilhelm, 2014). Undervægt synes i forlængelse heraf at have forskellige betydninger for mænd og kvinder. Hvor mænd ofte opfatter undervægt som noget negativt, betragter kvinder det derimod som noget positivt (Cash et al., 1986 as cited in Furnham et al., 2002). I tråd hermed fandt Furnham et al. (2002), at 73% af de adspurgte mænd ønskede at øge størrelsen på deres overkrop, hvorimod det kun var tilfældet for 22% af kvinderne. Derudover ønskede 41% af mændene at reducere deres underkrop, mens 63% af kvinderne ønskede dette (Furnham et al., 2002).

De beskrevne kønsforskelle afspejler sig i nogen grad i forekomsten og udtrykket af spiseforstyrrelser. Som tidligere redegjort for, er spiseforstyrrelser først og fremmest kendetegnet ved en markant skæv kønsfordeling, hvor mænd kun udgør 5% af voksne patienter diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Så skæv en kønsfordeling ses kun hos få andre psykiatriske lidelser (Jones & Morgan, 2010). Det må antages, at prævalensen af spiseforstyrrelser er forbundet med et vist mørketal. Mange personer med spiseforstyrrelsessymptomer opsøger ikke behandling og forbliver dermed udiagnosticerede. Som følge heraf indgår de ikke i de officielle statistikker, hvilket medfører en systematisk underrapportering. Dette gør sig i særlig grad gældende for mænd med spiseforstyrrelser, idet sådanne lidelser traditionelt er blevet opfattet som lidelser kendetegnet kvinder, og som derfor er forbundet med betydeligt stigma hos mænd (Jones & Morgan, 2010; Strother et al., 2012;

Harvey & Robinson, 2003; Furnham et al., 2002). I forlængelse heraf viser forskning, at mænd er mindre tilbøjelige til at anerkende deres symptomer som udtryk for en spiseforstyrrelse, og dermed at opsøge hjælp. Konsekvenser heraf er, at mænd ofte ikke modtager relevant behandling eller henvises til specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrede patienter (Strother et al., 2012; Jones & Morgan, 2020). Endvidere indikerer et forskningsstudie, at de mænd, der faktisk opsøger behandling, i højere grad risikerer at blive fejldiagnosticeret sammenlignet med kvinder (Morgan, 2009 as cited in Jones & Morgan, 2010).

En væsentlig forskel mellem mænd og kvinder angår deres vægthistorik forinden udviklingen af en spiseforstyrrelse (Strother et al., 2012). Forskning viser, at mænd ofte har været let til moderat overvægtige på et tidspunkt i deres liv, forinden udviklingen af en spiseforstyrrelse. Hvis overvægt er til stede i barndommen, er mænd særligt sårbare for udviklingen af spiseforstyrrelser (Strother et al., 2012). For kvinder forholder det sig anderledes, idet de typisk har haft en normal vægthistorik med en subjektiv følelse af at være overvægtige (Strother et al., 2012). Slutteligt indikerer flere studier at der eksisterer en markant kønsforskel i alderen for, hvornår henholdsvis mænd og kvinder modtager behandling for deres spiseforstyrrelse (Jones & Morgan, 2010). Når det gælder forvrænget kropsopfattelse som symptom på spiseforstyrrelser, indikerer forskning dog, at der kun findes få kliniske forskelle mellem mænd og kvinder (Jacob, 2001; Gila et al., 2005; AED, 2020). Trods en række dokumenterede kønsforskelle indenfor spiseforstyrrelses udtryk, peger disse fund på, at forvrænget kropsopfattelse som symptom på spiseforstyrrelse manifesterer sig på sammenlignelig vis uafhængigt af køn.

3.6 Betydningsfulde kropsdele

På tværs af de forskellige spiseforstyrrelser synes visse kropsdele at være særligt udsatte for forvrængning. Forskningsstudier peger nemlig på, at der ses en særlig høj grad af forvrængning ved områder som har stor følelsesmæssig betydning for patienten, såsom hofter og talje (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997). I tråd med dette finder Tuschen-Caffier et al. (2015), at patienter med AN og BN udviser størst opmærksomhed mod de kropsdele, som de er mest utilfredse med. Her sås en signifikant sammenhæng mellem øget opmærksomhedsbias mod de mest negativt vurderede

kropsdele og en højere grad af kropsutilfredshed (Tuschen-Caffier et al., 2015). En sådan øget opmærksomhed mod de mest uønskede kropsdele kan bidrage til opretholdelsen og intensivering af et negativt kropsbillede, eftersom mere neutral og positiv kropsrelateret information ikke tiltrækker samme opmærksomhed hos personer med spiseforstyrrelse (Willamson et al. 1999, 2004 in Tuschen-Caffier et al., 2015). Et andet studie af Ciwoniuk et al. (2022) peger også på, at patienter med AN har tendens til særligt at overestimere størrelsen af de kropsdele, de opfatter som mest uønskede og u-attraktive. I denne undersøgelse er de specifikke kropsdele, hofter, balder, arme og mave (Ciwoniuk et al., 2022). Gila et al. (2005) undersøger kropsforvrængning hos mandlige deltagere og finder, at både AN-patienter og en rask kontrolgruppe generelt overestimerer alle kropsdele. Mens kontrolgruppen særligt overestimerede kropsmålene brystkasse, talje og hofter, udviste AN-patienterne en signifikant større overestimering på alle kropsmål, særligt for skulder, hofter og lår (Gila et al., 2005).

3.7 Sværhedsgraden af forvrængning

Et nyligt forskningsstudie påviser en positiv korrelation mellem forvrænget kropsopfattelse og sværhedsgraden af spiseforstyrrelsen samt niveauet af psykisk lidelse (Ciwoniuk et al., 2022). Disse resultater indikerer, at jo større grad af kropsforvrængning, der er til stede hos patienten, desto større spiseforstyrrelsespatologi og lidelse vil patienten opleve (Ciwoniuk et al., 2022). Denne sammenhæng understreger alvoren af forvrænget kropsopfattelse, da det bidrager til øget patologi og psykisk lidelse og dermed komplicerer både prognose og behandlingsforløb. Mountjoy et al. (2014) fremhæver den gennemgribende kropsforvrængning hos personer med AN og sammenligner karakteristika ved kropsforvrængning med vrangforestillinger hos personer med skizofreni og skizoaffektiv lidelse. Studiet finder, at de kognitive overbevisninger, som AN patienter med kropsforvrængning oplever, er sammenlignelige med de vrangforestillinger, som personer med skizofreni og skizoaffektiv lidelse oplever (Mountjoy et al., 2014). Resultaterne viser tilmed, at patienterne med AN oplevede en signifikant højere optagethed og psykisk belastning relateret til deres forvrængede kropsopfattelse sammenlignet med, hvad personer med skizofreni/skizoaffektiv oplevede i forbindelse med deres vrangforestillinger (Mountjoy et al., 2014).

Karakteren af kropsforvrængning bør derfor forstås som et kontinuum, hvor en svær grad af forvrænget kropsopfattelse medfører kognitive overbevisninger, der er sammenlignelige med vrangforestillinger, og som kan medføre en større grad af lidelse end hvad der observeres hos personer med skizofreni (Mountjoy et al., 2014). Det er altså ikke alle personer med en forvrænget kropsopfattelse, der oplever en så ekstrem grad af forvrængning. I relation hertil pointerer Powers et al. (2005) at diagnosesystemet bør tilføje en specifikation for AN “med psykotiske træk” for at understrege, at den forvrængede kropsopfattelse har intensitet af vrangforestillinger.

3.8 Komorbiditet ved spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er forbundet med en høj livstidsprævalens af komorbide psykiatriske lidelser (Pearlstein, 2002; Sundhedsstyrelsen, 2005). Blandt de mest hyppige komorbide lidelser ved spiseforstyrrelser er angstlidelser, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, autismespektrumforstyrrelser, ADHD samt misbrugslidelser (Pearlstein, 2002; Ciwoniuk et al., 2022; AED, 2021).

Et studie af Swinbourne et al. (2012) finder en markant grad af komorbiditet mellem spiseforstyrrelser og angstlidelser. I en undersøgelse af 100 kvindelige patienter med spiseforstyrrelser finder de, at hele 65% opfylder diagnosekriterierne for mindst én aktuel komorbid angstlidelse. Det skal tages i betragtning, at denne forekomst kun angår primære angstlidelser og ikke omfatter angstrelaterede symptomer, der kan tilskrives spiseforstyrrelsen, såsom bekymringer relateret til mad og krop (Swinbourne et al., 2012). Der påvises en stærk sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og depression, samt mellem kropsforvrængning og depression (Casper, 1998; Junne et al., 2016; Tomba et al., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2005; Ciwoniuk et al., 2022; Blashill & Wilhelm, 2014). Et studie af Tuschen-Caffier et al. (2015) påviser, at patienter med spiseforstyrrelse og en høj grad af depressive symptomer udviser en mere udtalt opmærksomhedsbias mod kropsdele, de opfatter som ikke-attraktive, sammenlignet med spiseforstyrrede patienter med lavere niveauer af depressive symptomer. Disse resultater indikerer, at graden af depressive symptomer kan forstærke det eksisterende opmærksomhedsbias, der ses hos patienter med spiseforstyrrelser, da de i højere grad retter deres opmærksomhed mod de negativt vurderede kropsdele (Tuschen-Caffier et al., 2015). I tråd med ovenstående finder anden forskning en stærk

sammenhæng mellem forvrænget kropsopfattelse og både angst og depression hos patienter med AN (Junne et al., 2016; Tomba et al., 2019).

3.9 Livskvalitet ved spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er forbundet med betydelig psykologisk belastning og lidelse, og medfører funktionsnedsættelser både fysisk, socialt og psykologisk (Ciwoniuk et al., 2022; Jáuregui-Lobera et al., 2012; Winkler et al., 2014; Sundhedsstyrrelsen, 2005). Patienter med spiseforstyrrelse har en væsentlig lavere livskvalitet sammenlignet med den almene befolkning og personer med andre psykiatriske lidelser såsom svær depression (Jáuregui-Lobera et al., 2012; Winkler et al., 2014; de la Rie & van Furth, 2005; Jenkins et al., 2011; Mond et al., 2005). Endvidere peger forskningen på, at spiseforstyrrelser har vedvarende psykologiske eftervirkninger, idet tidligere patienter selv efter fuld remission fortsat rapporterer en lavere livskvalitet sammenlignet med en normgruppe (de la Rie & van Furth, 2005). Forskning finder en direkte sammenhæng mellem sværhedsgraden af spiseforstyrrelsessymptomatologi og reduceret livskvalitet (Jáuregui-Lobera et al., 2012; Bamford & Sly, 2010). Ser man nærmere på de specifikke spiseforstyrrelsesdiagnoser, indikerer visse studier, at den selvrapporterede livskvalitet er lavest blandt patienter med BED (Jenkins et al., 2011; Mond et al., 2005).

Spiseforstyrrelser medfører altså en betydelig psykologisk lidelse og nedsat livskvalitet, som har alvorlige konsekvenser for individet og som øger sandsynligheden for selvmordstanker (Ciwoniuk et al., 2022). Et studie af Radziwillowicz & Reszka (2008) finder, at 23% af AN-patienter havde forsøgt at begå selvmord (as cited in Ciwoniuk et al., 2022). Dette understreger, hvor indgribende spiseforstyrrelser er samt de alvorlige konsekvenser der er forbundet hermed.

3.10 Traumer som risikofaktor

Vanrøgt, omsorgssvigt og traumatiske oplevelser i barndommen er generelt forbundet med en øget risiko for at udvikle psykiske lidelser - inklusiv spiseforstyrrelser (Afifi et al., 2017; Mitchison & Hay, 2014). Forskningsstudier har påvist, at personer med spiseforstyrrelser, der har været udsat for traumer i barndommen, oplever en højere

grad af kropsutilfredshed (Backholm et al., 2013, Mitchison et al., 2019 as cited in Idini et al., 2024). Idini et al. (2024) undersøger traumers indvirkning inden 13-års alderen og finder, at personer med en spiseforstyrrelse, der har oplevet et traume inden de var 13 år, oplever en større grad af kropsforvrængning i forhold til personer med en spiseforstyrrelse, der har oplevet et traume i en senere alder. Særligt interpersonelle traumer i barndommen synes at være forbundet med en højere grad af kropsforvrængning senere i livet (Idini et al., 2024). Positive familierelationer spiller en central rolle i udviklingen af barnets selv- og kropsopfattelse. Hvis børn udsættes for interpersonelle traumer i familien, kan de udvikle uhensigtsmæssige mestringsstrategier til at håndtere svære følelser, såsom at kontrollere deres madindtag og krop, hvilket bidrager til udviklingen af spiseforstyrrelsessymptomer (Idini et al., 2024). Andre studier viser, at interpersonelle traumer inden 11-års alderen er forbundet med kropsutilfredshed, et højt BMI og særligt udviklingen af BED (Mason et al., 2015 as cited in Idini et al., 2024). Flere forskningsstudier finder endvidere, at traumer i barndommen også kan fungere som prædikator for udvikling af forvrænget kropsopfattelse i voksenlivet (Backholm et al., 2013, Mitchison et al., 2019 as cited in Idini et al., 2024).

Afifi et al. (2017) undersøger sammenhængen mellem forskellige typer af forsømmelse i barndommen og spiseforstyrrelser og finder, at omsorgssvigt generelt er forbundet med udviklingen af spiseforstyrrelser, men at seksuelt misbrug har stærkest sammenhæng med enhver spiseforstyrrelse. Studiet finder endvidere centrale kønsforskelle i denne sammenhæng. Blandt mænd havde seksuelt misbrug og fysisk forsømmelse den stærkeste sammenhæng med spiseforstyrrelser, mens seksuelt misbrug og følelsesmæssig forsømmelse havde den stærkeste sammenhæng hos kvinder (Afifi et al., 2017). Ifølge Dyer et al. (2013) ses der ændringer i kropsfunktion og kropslig sensitivitet hos personer, der har oplevet seksuelt misbrug (as cited in Idini et al., 2024). Der synes dog ikke at eksistere en entydig sammenhæng mellem seksuelt misbrug og symptomet kropsforvrængning på tværs af forskningen (Gardner, 2011).

3.11 Samfundsmæssige faktorer

Ifølge arvelighedsstudier kan genetiske faktorer forklare mellem 50-60% af variationerne i spiseforstyrrelser, hvilket indikerer, at en betydelig del af den resterende variation må tilskrives miljømæssige og psykosociale påvirkninger (Mitchison & Hay,

2014). Netop derfor er det relevant at undersøge de samfundsmæssige betingelser, som individer indlejres i - herunder minoritetsforhold, skønhedsidealer og social sammenligning - som kan fungere som risikofaktorer eller beskyttende faktorer mod udviklingen og vedligeholdelsen af spiseforstyrrelser.

3.11.1 Minoriteter

For at opnå en mere nuanceret forståelse af spiseforstyrrelsers udvikling og manifestation er det relevant at inddrage minoritetsperspektiver. De følgende afsnit sætter fokus på, hvordan det at tilhøre en minoritetsgruppe kan medføre særlige psykosociale belastninger, som i sidste ende kan bidrage til udvikling og opretholdelse af spiseforstyrrelsesrelaterede problematikker. Forskning (McClain & Peebles, 2016; Gonzales & Blashill, 2021; Rasmussen et al., 2025; Calzo et al., 2018; Duffy et al., 2019; Rodgers et al., 2018) belyser nemlig, hvordan det at tilhøre en minoritetsgruppe - baseret på etnicitet, kønsidentitet eller seksuel orientering - kan øge risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser og dertilhørende symptomer.

3.11.1.1 Seksualitet

Hovedparten af den eksisterende forskning indenfor kropsforvrængning og spiseforstyrrelser beskæftiger sig med heteroseksuelle og ciskønnede individer (McClain & Peebles, 2016). Imidlertid har et voksende antal forskningsstudier undersøgt forekomsten af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi blandt seksuelle minoriteter og transkønnede og finder entydigt, at disse grupper er mere sårbare over for udviklingen heraf (McClain & Peebles, 2016; Gonzales & Blashill, 2021; McCabe & Ricciardelli, 2004; Kaminski et al., 2005). Denne øgede sårbarhed kan i nogen grad forklares af den stress, som kan opstå som følge af stigmatisering af en minoritetsstatus, hvilket kan føre til udvikling af negative konsekvenser for mentalt og fysisk helbred - også kaldet minority stress theory (Meyer, 2003 as cited in Gonzales & Blashill, 2021; Rodgers et al., 2018).

Hvad angår kønsspecifikke forskelle hos seksuelle minoriteter, er der observeret divergerende resultater. Flere studier indikerer, at særligt mænd blandt seksuelle minoriteter har større sandsynlighed for at udvikle kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomatologi sammenlignet med seksuelle minoritetskvinder (McClain & Peebles, 2016; Kaminski et al. 2005). Ifølge McClain & Peebles (2016) oplever

homoseksuelle og biseksuelle mænd både større kropsutilfredshed, usunde vægtkontrolpraksisser, forstyrret spisning samt en højere forekomst af spiseforstyrrelser sammenlignet med homoseksuelle og biseksuelle kvinder (McClain & Peebles, 2016). Gonzales & Blashill (2021) finder derimod, at seksuelle minoritetskvinder rapporterede en signifikant højere forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer, mens seksuelle minoritetsmænd rapporterede større stræben efter muskulatur og misbrug af udseende- og præstationsfremmende stoffer.

3.11.1.2 Kønsidentitet

På trods af en øget forskningsmæssig interesse for kønsidentitet i relation til spiseforstyrrelser, er feltet fortsat præget af manglende viden. Særligt mangler der indsigt i forekomsten af spiseforstyrrelser blandt personer med kønsidentiteter uden for den cisnormative kønsforståelse. Der er behov for et mere omfattende og nuanceret overblik, der omfatter hele kønsspektret (Rasmussen et al., 2024).

Personer med kønsidentiteter uden for det binære kønssystem synes nemlig at udgøre en særligt sårbar gruppe i forhold til udviklingen af spiseforstyrrelsessymptomatologi og spiseforstyrrelser. Flere studier indikerer, at denne gruppe har en markant forhøjet risiko for både at udvise symptomer på spiseforstyrrelse og for at udvikle en klinisk diagnosticerbar spiseforstyrrelse sammenlignet med ciskønnede personer (Rasmussen et al., 2025; Rasmussen et al., 2023; Calzo et al., 2018; Calzo et al., 2017; Duffy et al., 2019). Konkret anslås prævalensen af spiseforstyrrelsessymptomatologi blandt disse individer til at være på knap 18% (Rasmussen et al., 2023) sammenlignet med 1.01% i den generelle befolkning (Qian et al., 2013 as cited in Rasmussen et al., 2023). Dette vidner om en markant overrepræsentation og fremhæver nødvendigheden af øget opmærksomhed rettet mod denne specifikke gruppe - både i forskningen og i klinisk praksis. Endvidere har studier estimeret, at andelen af transkønnede og kønsdiverse individer blandt patienter i behandling for spiseforstyrrelser udgør op imod 7.1% (Chaphekar et al., 2022, Riddle et al., 2024 as cited in Rasmussen et al., 2024).

Der forekommer tilmed relevante kønsforskelle blandt transkønnede personer. En metaanalyse af Rasmussen et al. (2023) fandt, at transkønnede mænd rapporterede højere niveauer af spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med transkønnede kvinder. Livskvaliteten blandt transkønnede og kønsdiverse individer fremstår generelt markant lavere sammenlignet med ciskønnede personer (Rasmussen et al., 2024;

Duffy et al., 2018; Statens Institut for Sundhed, 2015). I forlængelse heraf viser forskning, at kønsminoriteter også rapporterer en signifikant højere forekomst af selvskadende tanker og adfærd (Duffy et al., 2018; Statens Institut for Sundhed, 2015). Ydermere viser undersøgelser, at selvmordstanker optræder dobbelt så ofte hos LGBT+-personer som hos den øvrige danske befolkning, og at selvmordsforsøg er hele fire gange så højt hos disse personer (Statens Institut for Sundhed, 2015).

Denne øgede sårbarhed blandt kønsminoriteter tydeliggør et presserende behov for øget faglig og klinisk opmærksomhed i spiseforstyrrelsesfeltet, med henblik på en bedre forståelse og udviklingen af målrettede og kønsinkluderende behandlingsindsatser.

3.11.1.3 Etnicitet

Spiseforstyrrelser har i mange år været forbundet med en normativ forestilling om, at lidelsen primært rammer veluddannede, hvide kvinder fra øvre samfundslag i storbyområder (Mitchison & Hay, 2014; Jacob, 2001). Denne opfattelse er imidlertid blevet udfordret af nyere forskning, som viser, at spiseforstyrrelser forekommer på tværs af sociale klasser, og at personer fra majoritetskultur i vestlige samfund ikke nødvendigvis er overrepræsenterede i forekomsten af spiseforstyrrelser (Mitchison & Hay, 2014; Jacob, 2001). Disse fund nuancerer den traditionelle forståelse af, hvilke befolkningsgrupper der rammes af lidelsen. Generelt peger forskningen på, at der blandt unge fra etniske minoriteter forekommer høje forekomster af forstyrret spiseadfærd (Rodgers et al., 2018). I forlængelse heraf har en række studier fundet, at personer med asiatisk baggrund har forøget risiko for at engagere sig i forstyrret spiseadfærd og usunde vægtkontrolspraksisser sammenlignet med andre etniske grupper (Rodgers et al., 2018). Afroamerikanske kvinder udviser i markant mindre grad tendens til at engagere sig i slanketure og vægtregulerende praksisser (Rodgers et al., 2018). Kvindelige studerende med afroamerikansk baggrund rapporterede i forlængelse heraf signifikant lavere niveau af patologisk spiseadfærd, målt ved EDE-Q, sammenlignet med deres jævnaldrende studerende fra andre etniske grupper (Rodgers et al., 2018). Hvad angår afroamerikanske mænd, viser studier, at de rapporterer højere grad af kropstilfredshed sammenlignet med både vestlige og asiatiske mænd (Rodgers et al., 2018). Et andet studie med data fra over 17.000 deltagere fandt, at vestlige individer er mere tilbøjelige

til at opleve forstyrret spiseadfærd og kropsutilfredshed sammenlignet med ikke-vestlige individer (Wildes et al., 2001).

Fundene indikerer, at etnicitet potentielt kan have en indvirkning på kropsutilfredshed og forstyrret spiseadfærd. Dog er det velkendt, at spiseforstyrrelsessymptomatologi forekommer på tværs af befolkningen, uagtet etnicitet.

3.11.2 Sociale medier og jævnaldrendes påvirkning

Individet udsættes konstant for slanke og veltrænede kropsidealer - og et pres for at opnå dem - gennem påvirkning fra sociale medier og jævnaldrende (Ridolfi et al., 2011). Forskning viser, at en sådan gentagen eksponering for slanke kropsidealer er forbundet med en højere grad af kropsutilfredshed og problematisk spiseadfærd (Artoni, 2024; Ridolfi et al., 2011). Dette ses særligt blandt unge piger, som synes at være mere tilbøjelige til at internalisere samfundets idealer om slanke kroppe (Artoni, 2024), hvilket kan være med til at forklare deres øgede sårbarhed overfor forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsesproblematikker. I tråd med dette peger Mond et al. (2011) på, at unges vægtrelaterede kropsutilfredshed stammer fra det eksterne pres fra netop samfundsideal og påvirkning fra jævnaldrende, snarere end den unges selvopfattelse (as cited in Artoni, 2024). Ridolfi et al. (2011) argumenterer, at udseendefokuserede sociale sammenligninger generelt er forbundet med større kropsutilfredshed, når sammenligningerne er med personer, man opfatter som overlegne i forhold til en selv. Sammenligninger med mediebildet er derfor forbundet med en større negativ affekt og kropsforvrængning end sammenligninger med jævnaldrende, da medierne ofte præsenterer urealistiske idealer, som afviger markant fra den gennemsnitlige kvindes udseende. Sammenligninger med jævnaldrende opfattes derimod oftest som mere realistiske og dermed mindre skadelige (Ridolfi et al., 2011).

3.11.3 Sport

Forskning indikerer endvidere, at unges deltagelse i visse sportsgrene kan være forbundet med en øget risiko for forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer (Mitchison & Hay, 2014). Slater & Tiggemann (2011) finder, at sportsaktiviteter med et stort fokus på kropsligt udseende hænger sammen med højere niveauer af kropsskam og spiseforstyrrelsessymptomer hos både drenge og piger. Særligt discipliner såsom ballet, atletik, gymnastik og fitness er forbundet med en negativ krops-

opfattelse og ses i særlig høj grad hos unge piger (Slater & Tiggemann, 2011; Kostecka et al., 2019; Zaccagni & Gualdi-Russo, 2023). Dette understøttes af fund fra Zaccagni & Gualdi-Russo (2023), som identificerede kropsutilfredshed som et gennemgående karakteristikum blandt atleter, med en højere forekomst blandt kvinder end mænd. Et væsentligt fund i relation hertil, at atleter rapporterer betydelig kropsutilfredshed, selv når deres BMI er inden for normalområdet (Borowiec et al., 2023). Dette forklares ved, at kropsutilfredsheden ikke stammer fra atleternes objektive kropsmål, men udspringer fra en forvrænget kropsofattelse (Borowiec et al., 2023). Inden for sportsgrene som ballet og gymnastik kan stræben og motivation efter tyndhed dog også forklares med, at lav vægt er præstationsfremmende (Borowiec et al., 2023). Disse sportsgrene er særligt repræsenteret af kvinder (Slater & Tiggemann, 2011; Kostecka et al., 2019). Garner et al. (1985) identificerede differentierede motivationsfaktorer for henholdsvis mænd og kvinders engagement i motion, hvor kvinder primært motionerer med det formål at opnå vægttab (as cited in Furnham et al., 2002), mens mænd træner for at opnå et mere muskulært udseende (Harvey & Robinson, 2003).

Litteraturen indikerer, at sport har betydelig indflydelse på individets kropsofattelse og kan fungere som en risikofaktor for udvikling af forvrænget kropsofattelse og spiseforstyrrelsespatologi. Dette indikerer et behov for at sætte fokus på de potentielle negative konsekvenser af sportsdeltagelse for sundhed og kropsofattelse.

3.12 Hjernen og kropsforvrængning

Forskning har ved hjælp af fMRI påvist, at patienter med AN og BN udviser neurale deficits i bearbejdningen af kropsbillede og kropstilfredshed sammenlignet med raske kontrolpersoner (Darcy et al., 2015 as cited in Idini et al., 2024; Mohr et al., 2010; Mohr et al., 2011; Waldman et al., 2013; Friederich et al., 2010). Lena et al. (2004) påviste i forlængelse heraf, at neurale deficits ofte forekommer 6-24 måneder forinden en spiseforstyrrelse diagnosticeres. Forskningen indikerer endvidere, at der er forskelle i, hvordan patienter med AN og BN bearbejder kropsbilleder. Dette understøttes af et studie af Miyake et al. (2010), der undersøger forskelle i hjernens aktivering hos patienter med AN og BN samt hos en kontrolgruppe. Resultaterne viser, at amygdala blev signifikant aktiveret hos både AN-patienter og kontrolgruppen, når de blev præsenteret for billeder af deres egen krop i en overvægtig version, mens der ikke blev

observeret en tilsvarende aktivering hos patienter med BN (Miyake et al., 2010). Dette tyder på, at patienter med BN bearbejder kropsbilleder følelsesmæssigt anderledes, hvilket antyder en forskel i den neurale bearbejdning af kropsbilleder. Et studie af Donnelly et al. (2018) understøtter denne antagelse ved at påvise en markant sammenhæng mellem hyppigheden af overspisningsepisoder og graden af neurale forandringer. Konkret fandt man, at jo oftere en person oplever overspisningsepisoder, desto mere udtalte neurale forandringer kan observeres (Donnelly et al., 2018). Forskning peger således på, at patienter med AN og BN har neurale forstyrrelser i bearbejdningen af kropsopfattelse og kropstillfredshed sammenlignet med raske kontrolpersoner, samt at der findes forskelle i den neurale bearbejdning mellem de to patientgrupper. Ellison et al. (1998) fandt endvidere, at amygdala aktiveres, når patienter med AN præsenteres for billeder af drikkevarer med et højt kalorieindhold, hvilket antyder, at visuelle fremstillinger af kalorieholdige fødevarer kan fremkalde frygt hos disse patienter.

Forskning belyser endvidere de neurobiologiske faktorer ved BED, som er et nyere forskningsområde, som stadig vækker større interesse. Eksisterende neurobiologiske fund understreger dopamins centrale rolle i spisetrang, spiseadfærd og motivation. I et omfattende review af Yu et al. (2022) påvises det, at et overbevisende antal forskningsstudier finder en ændret dopaminaktivitet hos patienter med BED og BN. Dette peger på en sammenhæng mellem en forstyrret dopamin regulering og spiseforstyrrelsespatologi og kan forstås ved, at dysfunktion i dopamin kan føre til nedsat impuls kontrol og øget følsomhed over for belønningsrelaterede stimuli - såsom mad (Yu et al., 2022). En sådan dopaminerg forstyrrelse kan være medvirkende til at fastholde den tvangsprægede og ukontrollerede spiseadfærd, der kendetegner BED og BN (Bello & Hajnal, 2010; Yu et al., 2022).

3.13 Sammenfatning

Trods det, at der ikke eksisterer nogen entydig standardisering eller operationalisering af forvrænget kropsopfattelse, findes der en lang række forskningsfund om emnet. Et solidt fund på tværs af forskningen er, at kropsforvrængning kommer til udtryk ved en overestimering af egen kropsstørrelse samt en udtalt grad af kropstillfredshed hos personer med spiseforstyrrelser. Forvrænget kropsopfattelse er tæt forbundet med

psykologiske, sociale og neurobiologiske faktorer og fungerer som markør for sværhedsgraden af spiseforstyrrelse. Forskning viser, at kropsforvrængning også forekommer i mindre grad hos den generelle befolkning og særligt ses hos kvinder, som har en større tendens til kropstillfredshed samt til at opfatte deres krop som større, end den faktisk er. Mænd fokuserer typisk på muskelmasse og ønsker sig større, mens kvinder fokuserer på vægt og figur med et ønske om at være tyndere. Samfundsmæssige faktorer, herunder mediepåvirkning og stigma, spiller en væsentlig rolle i udviklingen af kropsforvrængning.

Sammenfattende medfører forvrænget kropsopfattelse alvorlig psykologisk lidelse og har afgørende betydning for varigheden af spiseforstyrrelser samt risikoen for recidiv. Det er for fremtidig forskning afgørende at anvende en entydig konceptualisering og operationalisering af fænomenet for at kunne forstå den komplekse karakter af symptomets ætiologi - samt behandle og yde den bedst mulige hjælp til patienter med forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelser.

4. Metodologi

Det følgende afsnit præsenterer de metodologiske overvejelser, der har været centrale i tilrettelæggelsen og udformningen af undersøgelsen. Her behandles etiske aspekter, principper for datahåndtering samt studiets videnskabsteoretiske paradigme.

4.1 Etik og datahåndtering

Da etiske overvejelser er en uundgåelig del af enhver relation mellem mennesker, indtager etik en central rolle i psykologien og forskning med mennesker (Christensen, 2020). I både psykologisk forskning og praksis udgør etik et fundamentalt princip, der både sikrer individets autonomi og understreger det ansvar, man har over for andre mennesker (Christensen, 2020; Øvreide, 2013).

Et af de mest grundlæggende etiske principper i forskningssammenhænge er informeret samtykke, hvilket indebærer, at deltagerne oplyses om undersøgelsens formål, deres rolle i undersøgelsen samt deres ret til at afbryde deltagelsen til enhver tid uden yderligere konsekvenser (Christensen, 2020; World Medical Association, 2013; Coolican, 2019). I den foreliggende undersøgelse har samtlige deltagere afgivet informeret samtykke til deres deltagelse, ligesom de er blevet grundigt informeret om studiets formål og procedure samt deres rettigheder, herunder muligheden for at trække deres samtykke tilbage og afbryde deres deltagelse (Coolican, 2019). Al deltagelse har dermed været frivillig i overensstemmelse med et centralt etisk princip (World Medical Association, 2013). Et andet etisk princip omhandler fortrolighed, som sikrer anonymitet og begrænser adgangen til det originale forskningsmateriale (Christensen, 2020; Coolican, 2019). Fra studiets begyndelse er deltageres personfølsomme data blevet behandlet i overensstemmelse med GDPR (GDPR.eu, 2025). Derudover er fuldstændig anonymitet sikret ved at tildele deltagerne et tilfældigt løbenummer, således at efterfølgende identifikation af deltagerne ikke er mulig. Endvidere må forskeren gøre sig overvejelser om, hvilke konsekvenser deltagelsen kan have for individet (Christensen, 2020; Coolican, 2019). I vores spørgeskemaundersøgelse behandles følsomme emner, herunder spiseadfærd, depressive tanker og tanker om suicidalitet, hvilket rejser etiske overvejelser i forbindelse med håndteringen af deltageres velbefindende. Et særligt etisk dilemma opstår, når deltagere rapporterer alvorlige symptomer, der giver anledning til bekymring, men hvor vi på grund af GDPR-reglerne ikke har

mulighed for at identificere dem uden at overtræde lovgivningen. Vi har i forlængelse heraf og indenfor de rammer, som vi arbejder under, bestræbt os på at beskytte deltagerne bedst muligt. Dette er blandt andet gjort ved at opfordre deltagerne til at søge hjælp hos egen læge, hvis de har mistanke om problematisk spiseadfærd, spiseforstyrrelse eller andre psykiske udfordringer. Derudover er deltagerne blevet informeret om muligheden for at henvende sig til os for yderligere rådgivning. Ifølge Danmarks Statistiks datasikkerhedsregler må mikrodata med færre end tre observationer ikke udlægges (Danmarks Statistik, n.d.). Derfor inddrages kun data baseret på fire eller flere observationer i nærværende speciale, for at beskytte deltagernes anonymitet og forhindre identifikation af enkeltpersoner. Nærværende undersøgelse er udført i overensstemmelse med Aalborg Universitets etiske retningslinjer (Forskningsservice.aau.dk, n.d.). Da der er tale om et studenterprojekt, har en formel forskningsetisk godkendelse ikke været påkrævet.

Ovenstående etiske principper er essentielle for at beskytte deltagerne og opretholde psykologifagets etiske standarder (Christensen, 2020).

4.2 Videnskabsteori

Et videnskabsteoretisk afsæt skaber bevidsthed om det perspektiv, forskeren anvender til at forstå og undersøge verden, herunder hvad der anses som meningsfuldt at udforske, samt hvordan dette praktiseres (Sunesen, 2020). Videnskabsteorien gennemstrømmer derfor hele forskningsprocessen og påvirker både valg af metode, dataindsamling og analyse.

Dette speciale tager udgangspunkt i den logiske positivisme. Denne retning stammer fra positivismen, som har sin oprindelse i naturvidenskaben og som gør brug af kvantitative metoder (Birkler, 2021; Sunesen, 2020, 31). Et centralt kriterium herfor er, at fænomener kun er meningsfulde, hvis de kan studeres videnskabeligt ved direkte observation og kvantitativ måling (Coolican, 2019). Den logiske positivisme har som videns-ideal, at undersøgelsens fund skal kunne føres tilbage til empiriske observationer og logiske sammenhænge (Birkler, 2021). Dette afspejles i en systematisk og kontrolleret forskningsproces, der har til formål at generere objektiv og generaliserbar viden (Sunesen, 2020). Et centralt kriterium i forskningsprocessen er gennemsigtighed, hvilket ikke alene er gældende for positivismen, men også er anerkendt inden for

videnskabelighed generelt (Sunesen, 2020). Gennemsigtighed opnås i nærværende speciale ved en detaljeret gennemgang af undersøgelsens metodiske fremgangsmåde og resultater, hvilket gør forskningsprocessen transparent og gør det muligt for andre at replikere undersøgelsen. Karakteristisk for den logiske positivisme er at præsentere objektive beskrivelser af det undersøgte fænomen uden subjektive vurderinger. I bestræbelsen på at efterleve dette har vi anvendt den hypotetisk-deduktive metode, hvor der indledende i forskningsprocessen opstilles hypoteser, som efterfølgende testes med henblik på at be- eller afkræfte disse (Sunesen, 2020; Coolican, 2019). På denne måde reduceres risikoen for subjektive tolkninger og bias, idet hypoteserne testes systematisk og kan efterprøves, hvilket styrker forskningens objektivitet.

5. Metode

Dette afsnit redegør for undersøgelsens metodiske tilgang. Indledningsvist præsenteres den kvantitative forskningsmetode og rekrutteringsprocessen. Dernæst beskrives de specifikke metoder, der anvendes til at vurdere forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi, herunder kropsopmålingsmetoden, spørgeskemaundersøgelsen og de anvendte skalaer.

5.1 Den kvantitative metode

Specialet tager afsæt i den kvantitative forskningsmetode. Denne omfatter analyser af kvantificeret data i form af numerisk empiri til at beskrive specifikke fænomener samt finde sammenhænge i disse (Juul Kristensen & Hussain, 2016). Data er typisk indsamlet gennem spørgeskemaundersøgelser eller eksperimenter. Kvantitative undersøgelser har til formål at skabe velfunderet viden om adfærd samt teste hypoteser om forhold i en population ved hjælp af et sample (Juul Kristensen & Hussain, 2016; Coolican, 2019). Sådanne undersøgelser bygger oftest på store og repræsentative datasæt, som komprimeres til håndterbare statistiske mål, der er lettere at analysere og fortolke. Den kvantitative metode muliggør produktion af centrale mål for fænomeners omfang, variation og indbyrdes sammenhænge (Juul Kristensen & Hussain, 2016). I denne undersøgelse anvendes den kvantitative metode således til at kvantificere forekomsten af forvrænget kropsopfattelse blandt voksne danskere, samt undersøge dens sammenhæng med spiseforstyrrelsespatologi og disses indflydelse på livskvalitet.

Den kvantitative metode omfatter en række forskellige forskningsdesigns, herunder follow-up undersøgelser, case-kontrol undersøgelser og tværsnitsundersøgelser (Juul et al., 2017). Indeværende speciale gør brug af sidstnævnte, som er et observationelt forskningsdesign, der har til formål at undersøge og beskrive forekomsten af bestemte karakteristika, symptomer og forhold i en undersøgelsespopulation på det tidspunkt, hvor data indsamles (Juul et al., 2017). Data kan indhentes gennem en række metoder såsom spørgeskemaer, fysiske målinger og direkte observationer, og giver forskeren et øjebliksbillede af forholdene i en population på et givent tidspunkt (Juul et al., 2017).

En tværsnitsundersøgelse kan pege på sammenhænge, men kan ikke give information om årsagssammenhænge (Juul et al., 2017). Et sådan design er således

gavnligt til at kortlægge forekomsten af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi og sammenhængen herimellem hos en ikke-klinisk population af voksne danskere.

5.2 Rekrutteringsprocessen

En succesfuld rekruttering er afgørende for den samlede succes af et forskningsstudie (Manohar et al., 2018). Rekrutteringsprocessen omfatter identifikation af potentielle deltagere samt formidling af relevante oplysninger om studiet (Manohar et al., 2018). For at opnå et repræsentativt sample og sikre inkludering af deltagere med forskellige erfaringer og baggrunde, blev deltagerne rekrutteret fra forskellige kontekster, herunder Aalborg Universitet, et sportshold og to højskoler. Deltagerne blev rekrutteret ad to omgange: først i november 2024 i forbindelse med 9. semesters projektet og siden i marts 2025 som led i det indeværende speciale. Specialet undersøger en ikke-klinisk population af voksne danskere. Da deltagerne minimum skal være fyldt 18 år, kan de selvstændigt afgive informeret samtykke. Et yderligere inklusionskriterium var, at deltagerne skulle kunne læse og forstå spørgeskemaet samt være i stand til at gennemføre kropsopmålingsundersøgelsen. Det var endvidere et krav, at deltagerne havde besvaret spørgeskemaet forinden deltagelse i opmålingen.

5.3 Assessment

Dette afsnit præsenterer en gennemgang af de specifikke kvantitative metoder, der anvendes i undersøgelsen.

Graden af forvrænget kropsopfattelse vurderes ved hjælp af to overordnede målemetoder: 1) en kropsopmålingsundersøgelse til kvantificering af særligt den perceptuelle forvrængning, og 2) en spørgeskemaundersøgelse der vurderer den holdningsmæssige forvrængning. Derudover anvendes spørgeskemaundersøgelsen til at vurdere forekomsten af spiseforstyrrelsessymptomatologi, nedsat livskvalitet samt symptomer på angst og depression.

5.3.1 BSE

Til kvantificering af deltagernes grad af forvrænget kropsopfattelse anvendes Body Size Estimation (BSE). BSE er en samlebetegnelse for metoder, der anvendes til at måle graden af kropsforvrængning ved at sammenligne individets opfattede kropsstørrelse med deres faktiske kropsstørrelse. Som tidligere beskrevet er der ikke konsensus om, hvordan man skal måle forvrænget kropsopfattelse, hvorfor der findes en række forskellige BSE-metoder, beskrevet på forskellige måder (Gardner & Brown, 2014).

Der skelnes typisk mellem *metriske* - og *depictive metoder* (Mölbart et al., 2017; Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014). Metriske metoder bliver også kaldt for *body part methods*, da de måler graden af forvrængning på specifikke kropsdele. Her angiver deltageren størrelsen på en række kropsdele i metriske enheder som centimeter (Mölbart et al., 2017; Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014). Depictive metoder vurderer typisk hele kroppen, hvorfor de kaldes *whole body methods* (Gardner & Brown, 2014; Farrell et al., 2005; Mölbart et al., 2017). Disse indebærer visuelle repræsentationer af deltagerens krop, hvor denne er optisk forvrænget. Dette kan være i form af digitalt forvrængede billeder og videoer, forvrængede spejle eller ved brug af virtual reality. Ved disse metoder skal deltageren vælge det korrekte billede eller spejlbillede af deres krop, eller digitalt justere kroppen til den størrelse, som de mener, de har (Provenzano et al., 2014; Mohr et al., 2016; Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014). Ved depictive metoder er fokus således på kroppens visuelle fremstilling, og hvordan man visuelt vurderer sin krop, mens fokus ved metriske metoder er reelle målinger, hvor deltageren skal forholde sig til specifikke kropsmål.

5.3.1.1 Den anvendte BSE-metode

Nærværende undersøgelse gør brug af en ny BSE metode, der er under udvikling på University of Catanzaro i Italien, udviklet af blandt andet psykiater og professor Christina Segura-García. Eftersom metoden endnu ikke er færdigudviklet, eksisterer der på nuværende tidspunkt ingen litteratur herpå. Vi har derfor modtaget personlige instruktioner og oplæring i metoden af Segura-García.

Dette er en metrisk BSE metode, hvor deltagerne skal angive størrelsen på en række forskellige kropsmål ved hjælp af en snor, hvorefter de estimerede mål måles og angives i centimeter. Metoden omfatter deltagernes estimater af deres opfattede kropsstørrelse, estimater af deres ønskede kropsstørrelse, målinger af deres faktiske

krops mål samt estimer af en anden persons kropsstørrelse. Alle målinger foretages både lineært og cirkulært. Graden af forvrænget kropsopfattelse måles: 1) perceptuelt ved at se på diskrepansen mellem estimerede og faktiske krops mål (graden af overestimering), og 2) holdningsmæssigt ved diskrepansen mellem estimerede og ønskede krops mål samt ved diskrepansen mellem faktiske og ønskede mål (kropsutilfredshed).

Denne undersøgelse anvender to forskellige måder at angive graden af kropsforvrængning på: 1) Først og fremmest angives graden af forvrængning i centimeter, som er det direkte resultat af den metriske metode. Disse resultater betegnes fremover som *BSE-forvrængningsscore*. 2) Derudover suppleres undersøgelsen med *Body Perception Index (BPI)*, hvor centimeter-resultaterne omregnes til en procentvis afvigelse fra en nøjagtig kropsestimering. Anvendelsen af BPI muliggør sammenligning med eksisterende forskning, da denne målemetode er bredt anvendt i forskningsfeltet. BPI-resultaterne refereres blot til som ”BPI”.

5.3.1.1.1 Nye BSE-tiltag

Den nye BSE-metode tilføjer en række mål, som normalt ikke er inkluderet i forskningens udbredte BSE-metoder. Målingen indebærer først og fremmest to målemetoder, nemlig både det lineære og cirkulære mål, hvor størstedelen af BSE kun indebærer en af de to. Derudover indebærer metoden flere målepunkter på kroppen, end der typisk ses i forskningen. Den pågældende metode indebærer som nævnt otte målepunkter (skulder, arm, bryst, talje, hofte, lår, knæ og læg), mens andre studier, der bruger metriske metoder, typisk undersøger fire til fem målepunkter (herunder talje, hofte, skulder, bryst og ansigts bredde) (Mölbart et al., 2017; Dalhoff et al., 2019; Schneider et al., 2009; Cornelissen et al., 2013). Endvidere er estimeringen af en anden person tilføjet til metoden, hvilket muliggør en undersøgelse af, hvorvidt kropsforvrængning kun angår individet selv, samt om individer med forvrænget kropsopfattelse er mere eller mindre nøjagtige i estimeringen af andre mennesker. Denne BSE-metode er letanvendelig og kræver ikke specialiseret udstyr, sammenlignet med depictive metoder, hvorfor den også har været mulig for os at udføre.

5.3.1.1.2 Procedure

Følgende gennemgår undersøgelsesproceduren for den anvendte BSE-metode trin for trin. Forinden undersøgelsens start er der ophængt store stykker papir på væggen, som kan rumme henholdsvis en aftegning af deltagerens krop samt deltagerens angivne estimerede og ønskede lineære kropsmål, estimerede og ønskede cirkulære kropsmål samt estimerede lineære og cirkulære kropsmål for en anden person. Deltageren bliver spurgt, om vedkommende har besvaret spørgeskemaundersøgelsen forinden undersøgelsen og informeres om, at deres deltagelse er anonym, og at de til enhver tid må stille spørgsmål til selve undersøgelsen. Der er tre forskningsassistenter involveret i undersøgelsesproceduren.

Ved undersøgelsens første trin, skal omridset af deltagerens krop aftegnes på et af de ophængte papirark. Deltageren stiller sig op af papiret med let spredte ben og arme, så kroppen kan aftegnes så præcist som muligt. På denne tegning af deltagerens silhuet angives deltagerens estimerede og ønskede lineære mål. Derudover bruges omridset af kroppen til at afmåle deltagerens faktiske, lineære kropsmål. Efter første trin bedes deltageren om at træde et par skridt frem og ikke se tilbage på papirerne resten af undersøgelsen.

Ved andet trin bliver deltageren bedt om at estimere sine lineære kropsmål for undersøgelsens otte målepunkter; skulder, arm, bryst, talje, hofte, lår, knæ og læg. Forskningsassistenten demonstrerer, hvordan deltageren skal estimere målene ved at holde en snor vandret udstrakt mellem armene. At snoren bliver holdt bredt udstrakt illustrerer, at der ikke er nogen begrænsninger på målene. Deltageren skal da estimere hvert kropsmål ved at tage snoren og estimere afstanden med snoren med udstrakte arme. Deltagerne bliver informeret om, at deres estimeringer skal være intuitive. Bag deltageren står en anden forskningsassistent, som aftegner alle mål som linjer på de store stykker papir.

Ved tredje trin, skal deltageren angive sine ønskede lineære kropsmål på de otte målepunkter og ved samme fremgangsmåde som ved trin to. Deltageren bliver informeret om, at de ønskede mål kan være de samme, mindre eller større end de estimerede kropsmål.

Ved fjerde trin skal deltageren angive sine estimerede cirkulære mål. Dette gøres på et stort bord, hvor en snor ligger formet som en stor cirkel. Deltageren skal nu justere snoren, så den illustrerer vedkommendes cirkulære kropsmål. Dette gentages for alle otte målepunkter. Den anden forskningsassistent indtegner de cirkulære

estimerer som linjer på et af papirerne bag deltageren. Femte trin indebærer samme procedure, hvor deltageren nu skal angive sine ønskede cirkulære mål.

Ved sjette trin måles deltagerens omkredsmål med et målebånd. Deltageren informeres om, at vedkommende ikke vil blive oplyst om sine mål. Den anden forskningsassistent noterer målene.

Ved syvende og sidste trin bliver deltageren informeret om, at en tredje forskningsassistent kommer ind i lokalet, og at deltageren skal se grundigt på personen og derefter forsøge at estimere vedkommendes kropsmål. Den tredje forskningsassistent kommer ind i lokalet, drejer rundt og forlader igen lokalet, efter at deltageren har fået et indtryk af forskningsassistentens krop. Dernæst instrueres deltageren i, at estimere de otte lineære og cirkulære mål på den tredje person, ved samme fremgangsmåde som beskrevet tidligere.

Ved afslutningen af undersøgelsen takkes deltageren for sin medvirken. Hvis deltageren ønsker det, må vedkommende vende sig om og få et blik på tegningerne, hvortil forskningsassistenten vil hjælpe med at forklare vedkommendes resultater. Slutteligt opmåles alle målene med et målebånd og registreres i Excel.

5.3.2 Spørgeskemaundersøgelse

Specialets spørgeskemaundersøgelse bygger på en række validerede selvrapporteringsskalaer, der måler spiseforstyrrelsessymptomatologi, kropsutilfredshed, livskvalitet samt symptomer på angst og depression.

Som beskrevet i de etiske overvejelser indeholder undersøgelsen svære emner og følsomme spørgsmål angående spisning, tristhed, symptomer på angst og depression samt tanker om selvmord. Disse spørgsmål kan være svære at forholde sig til, hvorfor spørgeskemaet indledes med en advarsel herom og en opfordring til ikke at besvare det, hvis deltagelsen opleves belastende. Spørgeskemaundersøgelsen indeholder dernæst en introduktion samt demografiske spørgsmål angående køn, alder og uddannelsesniveau. Spørgeskemaundersøgelsen inkluderer følgende skalaer: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) til vurdering af spiseforstyrrelsessymptomatologi, Body Image Dimensional Assessment (BIDA) til kropsutilfredshed, World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF) til livskvalitet, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) til symptomer på angst samt Beck Depression Inventory (BDI-II) til depressive symptomer. Til sidst i spørgeskemaet opfordres deltageren

til at opsøge egen læge eller søge supplerende vejledning hos os, hvis besvarelsen har vakt svære tanker.

Den holdningsmæssige dimension af forvrænget kropsopfattelse vurderes primært via BIDA's måling af kropstillfredshed og EDE-Q's spørgsmål angående bekymringer om kropsfigur og vægt. Dette følger gængs praksis i forskningen, hvor den kognitive-affektive komponent af kropsopfattelsen typisk måles gennem selvrapportering eller interviews (Dalhoff et al., 2019).

Anvendelsen af standardiserede vurderingsværktøjer i spørgeskemaet sikrer høj validitet, reliabilitet samt klinisk anvendelighed. Da skalaerne er internationalt anerkendte og benyttes i både klinisk og forskningsmæssig praksis, er det muligt at anvende resultaterne i kliniske vurderinger og beslutningsprocesser, sammenligne resultaterne på tværs af forskningen samt replikation af undersøgelsen. Endvidere gør spørgeskemaet som undersøgelsesmetode det muligt at undersøge en lang række karakteristika og symptomer hos et forholdsvist stort sample (Juul Kristensen & Hussain, 2016). Data er indsamlet via SurveyXact, som understøtter sikker datahåndtering i overensstemmelse med GDPR (Rambollxact.dk, n.d.).

5.3.2.1 EDE-Q

EDE-Q benyttes til at vurdere deltagernes spiseforstyrrelsessymptomatologi. EDE-Q er et selvrapporteringsspørgeskema udviklet til at vurdere adfærds- og kognitive symptomer forbundet med spiseforstyrrelser (Cooper & Fairburn, 1987; Liechtenstein et al., 2021), og betragtes som guldstandard inden for evaluering og diagnostik af spiseforstyrrelser (Rosen & Srebnik, 1991, Wilson, 1993 as cited in Beglin & Fairburn, 1993; Liechtenstein et al., 2021).

EDE-Q evaluerer hyppigheden af centrale karakteristiske adfærdsmønstre ved spiseforstyrrelse og rapporterer på deltagernes aktuelle tilstand inden for de seneste 28 dage (Beglin & Fairburn, 1993). EDE-Q indeholder 28 spørgsmål på fire subskalaer; *restraint*, *eating concern*, *shape concern* og *weight concern* (Beglin & Fairburn, 1993; Graungaard et al., 2023). *Restraint* refererer til bevidste forsøg på at begrænse fødeindtag med henblik på at opretholde kontrol over vægt og kropsform. *Eating concern* omfatter en ekstrem optagethed af tanker og adfærd relateret til spisning. *Shape concern* vedrører bekymringer omkring kropsform og udseende, mens *weight concern* omhandler utilfredshed med kropsvægten samt de relaterede tanker og følelser

(Cooper et al., 1989; Beglin & Fairburn, 1994). Spiseadfærd vurderes ud fra subskalaerne eating concern og restraint, mens forvrænget kropsopfattelse vurderes ud fra subskalaerne shape concern og weight concern (Cooper & Fairburn, 1989; Fairburn & Beglin, 1994). Det vil sige, at en høj score på subskalaerne eating concern og restraint indikerer mere alvorlig spiseforstyrrelsessymptomatologi, mens en høj score på subskalaerne weight concern og shape concern indikerer en høj grad af kropsforvrængning (Cooper et al., 1989) i form af kropsutilfredshed ud fra indeværende speciales konceptualisering. Hovedparten af de 28 items vurderes på en 7-punkts likert skala fra 0-6. På baggrund heraf beregnes en global score som gennemsnittet af de fire subskalaer. EDE-Q har en global score med en cut-off på ≥ 3 , hvor deltagere med en score på 3 eller derover rapporterer klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer (Graungaard et al., 2023; Kjaersdam Telléus et al., 2015). En score på 2-3 angiver subkliniske spiseforstyrrelsessymptomer (Graungaard et al., 2023; Kjaersdam Telléus et al., 2015).

EDE-Q er valideret i dansk kontekst. Den psykometriske evaluering fandt ikke evidens for den oprindelige fire-faktor struktur. Dog viser skalaen høj konstruktvaliditet, hvilket indikerer, at EDE-Q er velegnet til at identificere individer med spiseforstyrrelsessymptomer (Lichtenstein et al., 2021). EDE-Q er et enkelt og hurtigt vurderingsværktøj, der egner sig særligt godt til screening af spiseforstyrrelsessymptomer (Lichtenstein et al., 2021).

Ved første del af rekrutteringen bestod EDE-Q skalaen kun af 21 items, hvilket udelukkede beregningen af domænet weight concern. I anden del af rekrutteringen er alle 28 items implementeret, hvilket muliggør beregningen af samtlige domæne scorere. Grundet manglende data fra første rekruttering er weight concern udelukkende beregnet på baggrund af data fra den seneste rekruttering ($n = 65$).

5.3.2.2 BIDA

BIDA er en selvrapporteringsskala, der er udviklet med henblik på at vurdere kropsutilfredshed (Segura-García et al., 2012). BIDA anvendes i nærværende speciale til vurdering og monitorering af deltagernes kropsutilfredshed. BIDA er en silhuetbaseret skala, som er etnicitets-, alders- og kønsneutral, og som består af fire spørgsmål, der vurderer deltagernes emotionelle og subjektive kropsopfattelse (Sánchez-Miguel, 2021; Segura-García et al., 2012). De fire spørgsmål vurderes på en skala, der spænder fra 1-5. Den danske oversættelse af spørgsmålene lyder som følger: 1) "Hvordan

synes du, at du ser ud for tiden?”, 2) “Hvilken er din ideelle figur?”, 3) “Hvilken er den mest attraktive figur for det modsatte køn?”, og 4) “Hvordan ser de fleste med dit køn og alder ud?”. På baggrund af deltagernes besvarelser beregnes tre indekser: *Sexual Body Dissatisfaction (SxBD)* udtrykker forskellen mellem deltagernes nuværende kropsopfattelse og den som de tænker, at det modsatte køn finder mest attraktiv, *Body Dissatisfaction (BD)* er et mål for forskellen mellem deltagernes faktiske og ideelle kropsbillede, mens *Comparative Body Dissatisfaction (CBD)* afspejler forskellen mellem deltagernes nuværende kropsbillede, og hvordan de opfatter, at majoriteten af personer med deres køn og alder ser ud. Gennemsnittet af de tre indeksscorer danner globalscoren *Body Dissatisfaction Index (BDI)*, som er baseret på en skala fra 0-100 med cut-off ≥ 30 , hvor en score på 30 eller derover indikerer en væsentlig grad af kropsutilfredshed (Segura-García et al., 2012). Formålet med BIDA er således at bestemme i hvilket omfang deltagernes kropsopfattelse stemmer overens med deres ønskede krop (Segura-García et al., 2012). BIDA udviser høj reliabilitet, god konstruktionsvaliditet samt stærk intern konsistens (Segura-García et al., 2012; Sánchez-Miguel et al., 2021). Selvom BIDA endnu ikke er valideret i en dansk kontekst, viser et spansk studie blandt studerende, at instrumentet er et validt og pålideligt instrument til måling af kropsutilfredshed hos unge (Sánchez-Miguel et al., 2021).

5.3.2.3 WHOQOL-BREF

Skalaen WHOQOL er udviklet med henblik på at vurdere individets subjektive opfattelse af deres livsposition i konteksten af den kultur og de værdisystemer, de er en del af, samt i forhold til deres ambitioner, ønsker, mål og udfordringer. WHOQOL evaluerer et multidimensionelt koncept, der integrerer individets opfattelse af helbred, psykosocial funktion og andre væsentlige livsaspekter (WHO, 2012). Udviklingen af et internationalt mål for livskvalitet bygger på WHO's helhedsorienterede sundhedsopfattelse, hvor sundhed ikke blot forstås som fravær af sygdom eller svækkelse, men derimod som en samlet tilstand af fysisk, psykisk og social trivsel (WHO, 1948 as cited in Nørholm & Bech, 2001).

Oprindeligt indeholder WHOQOL 100 spørgsmål. Imidlertid er en forkortet version, *WHOQOL-BREF*, blevet udviklet, bestående af 26 spørgsmål (WHO, 2012). Denne anvendes i nærværende speciale. WHOQOL-BREF er vurderet som et validt og pålideligt instrument til at måle de centrale dimensioner af livskvalitet, som også

indgår i den oprindelige WHOQOL-100 (Nørholm & Bech, 2001; WHO, 2012; WHOQOL Group, 1998). WHOQOL-BREF dækker fire domæner af livskvalitet; fysisk helbred, psykologisk velbefindende, sociale forhold og miljømæssige faktorer, hvor hvert item scores på en likert skala fra 1-5 (WHOQOL Group, 1998). Gennemsnittet af svarene på spørgsmålene inden for hvert af de fire domæner bruges til at beregne en samlet score for hvert domæne og transformeres til en skala fra 0 til 100, hvor en højere score afspejler en højere livskvalitet (WHOQOL Group, 1998). Af hensyn til en oversættelsesfejl identificeret af Thomsen og Bech (2017), er item 9 manuelt omkodet, da det er negativt formuleret - for at sikre korrekt fortolkning af resultaterne.

Et studie af Noerholm et al. (2004) undersøger konstruktvaliditeten af WHOQOL-BREF og finder, at de fire domæner udgør en mere præcis beskrivelse af livskvalitet end den samlede score. Den foreliggende undersøgelse er derfor opmærksom på dette, og lægger derfor særlig vægt på domænescorerne. Der findes ikke en fastlagt gennemsnitsscore for WHOQOL-BREF, da livskvalitet varierer afhængigt af kultur, alder, køn, socioøkonomisk status, sundhed med videre (WHOQOL Group, 1998), hvorfor normgrupper bør anvendes og tolkes med forsigtighed. En undersøgelse af Noerholm og kolleger (2004) undersøger WHOQOL-BREF hos et repræsentativt udsnit af den danske befolkning og søger at estimere normative referencedata for danskere samt undersøge, hvordan mentale helbredsproblemer påvirker livskvalitet på de forskellige domæner. I studiet rapporteres de gennemsnitlige domænescorer (SD) som følger: fysisk domæne (77 ± 17), psykologisk domæne (69 ± 16), sociale relationer (69 ± 18) og miljø (74 ± 16). Disse tal afspejler det overordnede niveau af selvrapporteret livskvalitet for den undersøgte danske befolkningsgruppe (Noerholm et al., 2004). Studiet finder desuden, at personer med mental lidelse havde lavere gennemsnitlige scores på alle domænerne: fysisk (55 ± 20), psykologisk (40 ± 20), sociale relationer (43 ± 20) og miljø (52 ± 19).

5.3.2.4 STAI

Til vurdering af angstsymptomer anvendes STAI. Dette er et selvrapporteringsspørgeskema, som måler angst på to skalaer, som hver især omfatter 20 items. Den første skala måler *state anxiety*, mens den anden måler *trait anxiety* (Knowles et al., 2020; Metzger, R.L., 1976; Spielberger et al., 1971; Marteau & Bekker, 1992). På skalaen *trait* skal deltagerne med udgangspunkt i 20 udsagn besvare, hvordan de har det lige

nu, i dette øjeblik. Mens deltagerne ved state skalaen skal rapportere, hvordan de har det i al almindelighed (Marteau & Bekker, 1992; Spielberger et al., 1971). Hvert item scores på en 4-punkts likert skala, som spænder fra næsten aldrig til næsten altid. Subskalaerne beregnes separat, hvor summen af alle items fra hver skala lægges sammen. Den samlede score for henholdsvis trait eller state scores på en skala fra 0-60, hvor en højere score indikerer et højere angstniveau (Fernández-Blázquez et al., 2015). STAI-scorerne kategoriseres som ingen eller lav angst ved en score på 20-37, moderat angst ved en score på 38-44, samt høj angst ved en score på 45-80 (Kayikcioglu et al., 2017).

STAI udviser gode psykometriske egenskaber med høj reliabilitet og validitet (Barnes et al., 2002, Kabacoff et al., 1997 as cited in Zsido et al., 2020). Endvidere er vurderingsværktøjet velegnet til måling af angst hos både kliniske og ikke-kliniske populationer (Oei et al., 1990 as cited in Zsido et al., 2020; Thomas & Cassady, 2021).

5.3.2.5 BDI

Til vurdering af depressive symptomer benyttes BDI. BDI blev oprindeligt designet til at opdage, vurdere og monitorere depressive symptomer hos personer i den primære sundhedssektor (Roelofs et al., 2013). For at afspejle ændringerne i DSM-IV blev en revideret version, BDI-II, udgivet (APA, 2000 as cited in Roelofs et al., 2013), hvilken er anvendt i nærværende undersøgelse. BDI er et spørgeskema bestående af 21 items, der vurderer symptomer på depression samt sværhedsgraden heraf i både normale og psykiatriske populationer (Beck et al., 1996, Steer et al., 1986 as cited in Jackson-Koku, 2016; Ritcher et al., 1998). Deltagerne skal rapportere deres adfærd og tilstand de sidste 14 dage, og hvert item scores på en 4-punkts likertskala som spænder fra 0-3, hvor 0 indikerer, at symptomet er fraværende, mens 3 angiver, at symptomet er til stede i alvorlig grad (Ritcher et al., 1998; Beck et al., 1961; Jackson-Koku, 2016). Scoring af BDI beregnes ved at summere de 21 items, hvor den minimale score er 0, mens den maksimale score er 63. Jo højere score, desto større sværhedsgrad af depressive symptomer (Jackson-Koku, 2016). En BDI-II score mellem 0-13 angiver minimal depression, 14-19 mild depression, 20-28 moderat depression og 29-63 svær depression (Jackson-Koku, 2016; Roelofs et al., 2013).

Instrumentet anvendes internationalt og har demonstreret stærke psykometriske egenskaber, herunder høj intern konsistens, god indholdsvaliditet og evne til at differentiere mellem deprimerede og ikke-deprimerede individer (Ritcher et al., 1998).

Trods omfattende dokumentation af BDI's psykometriske egenskaber, foreligger der på nuværende tidspunkt kun begrænset dokumentation af testnormer (Roelofs et al., 2013), ligesom der endnu ikke findes specifikke normer for voksne danskere.

6. Statistik

Afsnittet indeholder først en gennemgang af de statistiske beregningsmetoder for graden af forvrænget kropsopfattelse, efterfulgt af en kort redegørelse af de statistiske analyser anvendt i undersøgelsen.

6.1 Udregning af forvrænget kropsopfattelse

Graden af forvrænget kropsopfattelse målt ved BSE vurderes ud fra de to dimensioner af forvrængning: den perceptuelle (overestimering) og den holdningsmæssige (kropsutilfredshed) dimension.

6.1.1 Udregning af overestimering

Til at beregne den perceptuelle dimension af forvrænget kropsopfattelse (overestimering) benyttes henholdsvis BSE-forvrængningsscore og BPI til at kvantificere forskellen mellem deltagerens opfattede og faktiske kropsstørrelse. Alle otte kropsmål er medtaget i disse udregninger.

6.1.1.1 BSE-forvrængningsscore

Graden af forvrængning i centimeter angives som BSE-forvrængningsscorer, beregnet for hvert kropsmål ved følgende formel: $(\text{estimeret}_x - \text{faktisk}_x)$, hvor x angiver det specifikke kropsmål. Scoren angiver både størrelsen på afvigelsen og retningen af forvrængningen: positive værdier (> 0) betyder overestimering, mens negative værdier (< 0) betyder underestimering. Selvom overestimering teoretisk og empirisk er den forventede form for forvrængning, muliggør metoden også identifikation af underestimering, hvis dette skulle være tilfældet. En *global BSE forvrængningsscore* beregnes som summen af forvrængning for alle otte kropsmål.

6.1.1.2 BPI

BPI er det mest anvendte mål til beregning af BSE og angiver et indeks for nøjagtigheden af estimeringen af en persons kropsstørrelse. Indekset beregnes ud fra formlen: $(\text{estimeret størrelse} / \text{faktisk størrelse}) \times 100$ (Slade & Russel, 1973 as cited in Mölbert

et al., 2017). En værdi på 100 indikerer en nøjagtig estimering, mens værdier over 100 indikerer en overestimering og værdier under 100 indikerer underestimering i forhold til den faktiske kropsstørrelse målt i procent (Mölbart et al., 2017).

BPI kan således benyttes til at udregne, hvor meget deltagerne overestimerer eller underestimerer deres kropsstørrelse i forhold til deres faktiske kropsstørrelse i procent. Eksempelvis svarer en score på 120 til en overestimering på 20%, mens en score på 80 svarer til en underestimering på -20%.

BPI beregnes for alle otte kropsmål, hvilket muliggør en vurdering af, om visse kropsmål er mere udsatte for fejlestimering. Derudover beregnes en global BPI, ved at finde gennemsnitsscoren af de otte mål, til at beskrive den samlede nøjagtighed af deltagerens kropsestimering.

6.1.2 Klinisk cut-off for BSE-forvrængningsscore

Da der ikke foreligger eksisterende normdata for kropsforvrængning målt ved den pågældende BSE metode, anvendes Jacobson & Truax' (1991) metode til at estimere en klinisk cut-off værdi. Denne grænseværdi benyttes til at afgrænse klinisk relevant overestimering. Da den aktuelle undersøgelse ikke inkluderer et klinisk sample, anvendes deltagerne, der scorer over cut-off på EDE-Q, operationelt som en klinisk gruppe, mens det resterende sample, uden spiseforstyrrelsessymptomatologi, udgør den ikke-kliniske gruppe. Cut-off værdien beregnes således på baggrund af målinger af overestimering fra begge grupper.

Formlen for klinisk cut-off er som følger:
$$C = \frac{(M_{klin} \times SD_{norm}) + (M_{norm} \times SD_{klin})}{SD_{norm} + SD_{klin}}$$

Beregningen er foretaget baseret på den globale BSE-forvrængningsscore for både lineære og cirkulære mål. En score på cut-off eller over betyder, at vedkommende er statistisk tættere på den kliniske population end den ikke-kliniske population.

Det beregnede cut-off skal betragtes som et foreløbigt estimat, der illustrerer en mulig tilgang til fastlæggelsen af en klinisk grænseværdi for kropsforvrængning i form af BSE overestimering.

6.1.3 Udregning af kropsutilfredshed

Den holdningsmæssige dimension af forvrænget kropsopfattelse, kropsutilfredshed, kan vurderes på flere måder ved hjælp af BSE-forvrængningsscoren. Oprindelige tilgange til BSE, som den foreslået af Cash & Deagle (1997), måler kropsutilfredshed som forskellen mellem deltagernes ønskede og estimerede kropsstørrelse, hvilket afspejler den subjektive uoverensstemmelse mellem ønsket og opfattet krop. Segura-Garcías tilgang til BSE inkluderer et andet mål, hvor kropsutilfredshed også kan måles ved forskellen mellem deltagernes ønskede og faktiske kropsstørrelse, og dermed uoverensstemmelsen mellem det ønskede og det objektive mål.

Forinden en præsentation af undersøgelsens resultater, er det væsentligt at være opmærksom på forskellen mellem de to mål samt betydningen af resultaterne. Førstnævnte mål (ønsket og estimeret) angiver, hvordan deltagerne ønsker at være sammenlignet med, hvad de tror de er. Altså om deltageren ønsker sig større eller mindre, end hvad de opfatter deres krop som. Hvis en deltager ønsker sig en mindre kropsstørrelse, vil resultatet være et negativt tal, mens resultatet vil være positivt, hvis en deltager ønsker sig større. Det andet mål (ønsket og faktisk) vurderer, hvordan deltagerens ønskede krop relaterer sig til deres faktiske kropsmål. Med den anvendte BSE tilgang er deltageren imidlertid ikke bekendt med sine opmålte faktiske centimetermål. I stedet estimerer deltageren sine ønskede kropsmål på baggrund af sin opfattede kropsstørrelse. Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at denne måling indirekte påvirkes af deltagerens kropsopfattelse, idet det er denne opfattelse, der danner grundlaget for, hvilken krop man ønsker sig. Som følge heraf er dette måls resultater ikke lige så intuitive at aflæse og tolke som førstnævnte mål. For eksempel kan en deltager ønske en mindre krop end den, de oplever at have, men stadig ønske et mål, der er større end deres faktiske krop. I sådanne tilfælde vil resultatet fremstå positivt, og bør ikke tolkes som en afspejling af, at deltageren ønsker en større krop.

Kropsutilfredshed målt ved BSE beregnes, ligesom BSE-forvrængningsscoren, som forskellen mellem ønsket-estimeret og ønsket-faktisk. Forskellene angives i centimeter. Med inspiration fra BPI vil følgende formler benyttes til beregning af kropsutilfredshed ved BPI: $(\text{ønsket størrelse} / \text{faktisk størrelse}) \times 100$ og $(\text{ønsket størrelse} / \text{estimeret størrelse}) \times 100$. BPI beregningerne giver indeksbaserede værdier, hvilket muliggør direkte sammenligning på tværs af målepunkterne samt en sammenligning mellem overestimering og kropsutilfredshed.

6.1.4 Angivelse af resultater

Deltagernes estimerede, ønskede og faktiske kropsmål opgøres i centimeter. Graden af forvrænget kropsopfattelse angives både som BSE-forvrængningsscore (afvigelse i centimeter) og som BPI (procentvis afvigelse fra en nøjagtig kropsestimering).

6.2 Deskriptiv statistik

Følgende afsnit præsenterer de statistiske tests og centrale begreber, der anvendes i undersøgelsen, og som danner grundlag for den efterfølgende analyse af resultaterne.

Undersøgelsens statistiske analyser er udført i programmet SPSS Statistics, som understøtter en bred vifte af statistiske metoder (Field, 2018). Denne undersøgelse gør primært brug af deskriptive metoder til at beskrive data med fokus på at identificere mønstre og sammenhænge i datasættet. Til dette anvendes mål for *gennemsnit (mean)*, *median (Md)*, *standardafvigelse (SD)*, procenter (%) samt frekvenstabeller (Coolican, 2019). Analysen indledes med en oversigt over deltagernes demografiske karakteristika, for at skabe et overblik over samplets sammensætning af køn, alder, BMI og uddannelsesniveau. Deltagere, der kun delvist har gennemført undersøgelsen, er ekskluderet fra datasættet og ikke medtaget i analysen.

En teoretisk normalfordeling er kendetegnet ved, at data er symmetrisk fordelt omkring gennemsnittet (Hussain, 2016). Antagelsen om normalfordeling blev vurderet visuelt ved hjælp af histogrammer, hvor data afveg fra en normalfordeling, idet der blev observeret en skævhed i den empiriske fordeling (Hussain, 2016). Ifølge Field (2018) bør en vurdering af normalfordeling baseres på flere former for evidens, hvorfor en Shapiro-Wilk-test er anvendt. Hvis denne er statistisk signifikant ($p < .05$), er det indikation for, at data ikke følger en normalfordeling (Field, 2018; Pallant, 2010). Især skalaer relateret til psykopatologi viste en afvigende fordeling, hvilket er forventeligt i et ikke-klinisk sample. På baggrund af dette anvendes *non-parametriske tests*, da disse ikke kræver at data følger en specifik fordeling (Field, 2018). *Spearman-korrelationsanalyser* er anvendt til at undersøge sammenhænge mellem variable i samplet, herunder sammenhængen mellem graden af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer. Korrelationskoefficienten *spearman's rho (r_s)* beskriver styrken af forholdet mellem to variable med en skala fra -1 til +1, hvor en høj positiv værdi

indikerer en stærk positiv sammenhæng, en værdi på 0 indikerer ingen sammenhæng, og en høj negativ værdi indikerer en stærk negativ sammenhæng (Coolican, 2019; Field, 2018). Ved negative sammenhænge stiger den ene variable, mens den anden falder, hvorimod begge variable stiger ved positive sammenhænge (Field, 2018). Cohen (1992) har kategoriseret værdier for styrken af spearmans rho, som lille ($r_s = .1$), medium ($r_s = .3$) og stor ($r_s = .5$) effekt.

I alle analyser er *signifikansniveauet* (p) fastlagt til det standardiserede niveau på 5% ($p < 0.05$) (Cohen, 1992). Dette angiver sandsynligheden for, at en observeret korrelation er opstået tilfældigt, givet at *nulhypotesen* (H_0) er sand. Nulhypotesen antager, at der ikke er nogen sammenhæng i populationen. Hvis sandsynligheden for, at en sammenhæng opstår under nulhypotesen, er under signifikansniveauet, afvises nulhypotesen, og korrelationen betragtes som statistisk signifikant. Et statistisk signifikant resultat giver støtte til *den alternative hypotese* (H_1). Det vil sige, at der er en sammenhæng, og dermed støtte til undersøgelsens opstillede hypotese (Coolican, 2019). P-værdien afhænger af flere faktorer, herunder typen af test, effektstørrelse og samplestørrelse (Coolican, 2019). I forbindelse med hypotesetestning kan der opstå to typer af fejlkonklusioner. En *type I-fejl* opstår, når nulhypotesen afvises, selvom den er sand (Cohen, 1992). Dette kaldes også falsk positiv, da man fejlagtigt konkluderer, at der er en effekt/sammenhæng, når der i virkeligheden ikke er nogen. En *type II-fejl* opstår derimod, når nulhypotesen fejlagtigt accepteres og ikke afvises, selvom den er falsk (Cohen, 1992). Dette kaldes falsk negativ, da man fejlagtigt konkluderer, at der ikke er nogen effekt/sammenhæng, selvom der faktisk er en (Coolican, 2019). For at minimere risikoen for bias og sikre muligheden for at identificere alle potentielle effekter, anvendes to-halede tests (Field, 2018).

Mann-Whitney U testen anvendes til at sammenligne fordelingen af en testvariabel mellem to uafhængige grupper (Field, 2018; Jensen & Knudsen, 2011). Testen er en non-parametrisk pendant til den uafhængige t-test og benyttes, når data ikke er normalfordelt. En høj U-værdi indikerer, at de to grupper er forskellige på testvariablen (Jensen & Knudsen, 2011). Effektstørrelsen, r , beregnes ud fra z-værdien og det samlede sample (n) (Rosenthal, 1991 as cited in Field; Pallant, 2010). Effektstørrelsen vurderes ud fra Cohens kriterier (1992). M_d , som angiver gruppens midterværdi, anvendes til beregning af Mann-Whitney U-testen, da den er mere hensigtsmæssig end gennemsnittet ved non-parametriske analyser (Field, 2018).

Power beregnes for det samlede sample og angiver sandsynligheden for at påvise en statistisk signifikant effekt, hvis en sådan effekt reelt eksisterer (Field, 2018; McGough & Faraone, 2009). Der tilstræbes typisk en power på .8, hvilket betyder, at man med den beregnede samplestørrelse har 80% sandsynlighed for at påvise en reel effekt og dermed minimere risikoen for type II-fejl (Field, 2018; Cohen, 1992). Statistisk power afhænger af samplestørrelse, signifikansniveau og effektstørrelse (Cohen, 1992).

7. Resultater

Afsnittet giver en systematisk præsentation af undersøgelsens statistiske resultater. Analyse og fortolkning af resultaterne foretages i diskussionsafsnittet.

I resultatformidlingen betegnes det lineære mål som todimensionelt (2D) og det cirkulære mål som tredimensionelt (3D). BSE-forvrængningsscore betegnes blot BSE.

7.1 Sample karakteristika

Tabel 1 viser samplets demografiske informationer. Det samlede sample består af i alt 125 deltagere, hvoraf 90 (72%) er kvinder og 35 (28%) er mænd. Ingen deltagere har angivet anden kønsidentitet. Den gennemsnitlige alder for samplet er 25.86 år, hvor kvinderne har en gennemsnitlig alder på 24.89 år og mændene på 28.34 år.

Kvinderne har et gennemsnitligt BMI på 22.13, mens mændene har et BMI på 23.48. Til fremtidig analyse af BMI anvendes WHO's standardiserede grænseværdier for BMI hos voksne. Disse er defineret som følger: undervægt $\text{BMI} < 18.5$, normalvægt $18.5 \leq \text{BMI} < 25$, moderat overvægt $25 \leq \text{BMI} < 30$ og svær overvægt $\text{BMI} \geq 30$ (Sundhedsstyrelsen, 2021). Grundet mikrodata sammenlægges de to overvægtskategorier i nærværende undersøgelse. Samplets deltagere inddeles således i de tre kategorier: undervægt $\text{BMI} < 18.5$ ($n = 6$), normalvægt $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ ($n = 99$) og overvægt $\text{BMI} \geq 25$ ($n = 20$).

Hvad angår afsluttet uddannelsesniveau har 63.2% en gymnasial uddannelse, 20% en bachelorgrad, 6.4% en mellemlang videregående uddannelse, 5.6% en kort videregående/erhvervsuddannelse og 4.8% en kandidat/mastergrad.

Tabel 1. Demografi

	Samlet sample	Kvinder	Mænd
Køn, n (%)	n = 125 (100%)	n = 90 (72%)	n = 35 (28%)
Alder, mean (SD)	25.86 ($\pm$ 8.42)	24.89 ($\pm$ 6.61)	28.34 ($\pm$ 11.64)
	Min. 20, max. 66	Min. 20, max. 60	Min. 20, max. 66
BMI, mean (SD)	22.50 ($\pm$ 2.94)	22.13 ($\pm$ 3.06)	23.48 ($\pm$ 2.38)
	Min. 16.71, max. 36.73	Min. 16.71, max. 36.73	Min. 18.11, max. 28.73
Uddannelsesniveau, n (%) *	Gymnasial uddannelse: 79 (63.2%) Bachelorgrad: 25 (20%) Mellemlang videregående uddannelse: 8 (6.4%) Kandidat/mastergrad: 6 (4.8%) Kort videregående/erhvervsuddannelse: 7 (5.6%)		

Note. *Køn er ikke rapporteret grundet mikrodatabaser. SD = standardafvigelse, BMI = Body Mass Index

For at identificere en spearman korrelation med medium effekt ($r_s = .3$), kræves en samplestørrelse på $n = 89$, for at opnå en power på .8 (80%). Undersøgelsens samplestørrelse $n = 125$ giver en power på .917 (91.7%) ved en medium effektstørrelse.

7.2 Forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer

Den gennemsnitlige EDE-Q global score for samplet er 1.08 ($\pm$ 1.05). På domænerne er gennemsnitsscorerne: 0.52 ($\pm$ 0.84) for eating concern, 1.45 ($\pm$ 1.30) for shape concern, 1.55 ($\pm$ 1.26) for weight concern og 1.15 ($\pm$ 1.27) for restraint.

Opdelt i køn er den globale EDE-Q score for kvinder 1.24 ($\pm$ 1.14) og for mænd 0.66 ($\pm$ 0.59). Kvinder scorer på domænerne: eating concern (0.63 $\pm$ 0.94), shape concern (1.70 $\pm$ 1.38), weight concern (1.74 $\pm$ 1.37) og restraint (1.22 $\pm$ 1.31), mens mænd scorer: eating concern (0.22 $\pm$ 0.33), shape concern (0.81 $\pm$ 0.75), weight concern (0.96 $\pm$ 0.54) og restraint (0.96 $\pm$ 1.14). Kvinderne ($Md = 0.90$) har en statistisk signifikant højere score end mændene ($Md = 0.51$) på EDE-Q global score ($U = 1082.5$, $z = -2.71$, $p = .007$, $r = .24$). Der er ligeledes fundet signifikante kønsforskelle ved domænerne eating concern og shape concern.

I alt havde 10 (8.0%) deltagere rapporteret en global EDE-Q score over det kliniske cut-off niveau ($EDE-Q \geq 3$), med en gennemsnitlig score på $3.74 (\pm 0.73)$. De 10 deltagere har domænescorerne: eating concern (2.66 ± 1.23), shape concern (4.44 ± 0.73), weight concern (4.50 ± 0.78) og restraint (3.76 ± 0.85). Deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer er alle kvinder. Deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 3.52$) har en signifikant højere score end deltagere uden symptomer ($Md = 0.70$) på EDE-Q global ($U = 0.00$, $z = -5.23$, $p < .001$, $r = .47$). Der er ligeledes fundet moderate til store statistisk signifikante forskelle mellem de to grupper på alle underliggende EDE-Q domæner.

Ni deltagere (7.2%) rapporterede subkliniske symptomer på spiseforstyrrelse ($EDE-Q \text{ cut-off } \geq 2 < 3$) med en global gennemsnitsscore på $2.26 (\pm 0.34)$. De ni deltagere med subkliniske symptomer er alle kvinder.

Undersøgelsen inddeler fremadrettet samplet i to grupper baseret på selvrapporteret spiseforstyrrelsessymptomatologi: deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer ($EDE-Q \text{ cut-off } < 3$, $n = 115$) og deltagere med klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer ($EDE-Q \text{ cut-off } \geq 3$, $n = 10$). Disse grupper kan også betegnes som undersøgelsens kliniske og ikke-kliniske gruppe.

Resultaterne for EDE-Q kan aflæses i tabel 2 og 3.

Tabel 2. Scorer på domæner for samlet sample og opdelt i køn.

Variable	Samlet sample Mean ± SD	Kvinder Mean ± SD	Mænd Mean ± SD	Kønsforskel Mann-Whitney U	p-værdi	ES (r)
BSE 2D	39.98 ± 28.71	47.45 ± 29.15	20.76 ± 15.92	637.50	<.001*	.46
BSE 3D	85.24 ± 68.71	89.94 ± 69.83	73.13 ± 65.14	1360.00	.237	.11
BSE 2. person 2D	35.56 ± 25.05	35.21 ± 25.32	36.47 ± 24.66	1523.50	.777	.03
BSE 2. person 3D ¹	52.56 ± 70.35	43.80 ± 67.95	79.39 ± 72.94	274.00	.072	.22
Ønsket-estimeret 2D	-18.85 ± 23.83	-27.28 ± 20.37	2.84 ± 17.66	372.00	<.001*	.59
Ønsket-estimeret 3D	-34.02 ± 53.09	-52.92 ± 44.11	14.58 ± 42.54	408.00	<.001*	.57
Ønsket-faktisk 2D	21.13 ± 23.45	20.17 ± 23.00	23.60 ± 24.76	1354.00	.224	.11
Ønsket-faktisk 3D	51.22 ± 79.67	37.02 ± 60.15	87.72 ± 82.67	959.50	<.001*	.30
BPI 2D	125.27 ± 18.89	130.21 ± 19.26	112.56 ± 9.29	577.00	<.001*	.49
BPI 3D	116.0 ± 13.48	117.26 ± 14.35	112.75 ± 10.46	1309.00	.144	.13
BPI 2. person 2D	124.41 ± 15.29	124.38 ± 16.08	124.46 ± 13.28	1539.00	.843	.02
BPI 2. person 3D ¹	111.44 ± 14.17	109.89 ± 14.24	116.16 ± 13.27	283.00	.097	.21
Ønsket/estimeret 2D	95.0 ± 11.50	90.89 ± 10.00	105.56 ± 7.81	319.00	<.001*	.62
Ønsket/estimeret 3D	96.25 ± 9.04	92.83 ± 6.98	105.02 ± 7.76	394.00	<.001*	.58
Ønsket/faktisk 2D	116.67 ± 14.35	115.93 ± 14.26	118.57 ± 14.60	1369.00	.257	.10
Ønsket/faktisk 3D	110.82 ± 13.93	107.98 ± 12.43	118.11 ± 15.08	962.00	<.001*	.30
BIDA_BD	12.53 ± 10.04	13.10 ± 9.81	11.05 ± 10.62	1326.00	.165	.12
BIDA_SxBD	13.0 ± 12.44	14.05 ± 13.23	10.29 ± 9.80	1309.50	.140	.13
BIDA_CBD	14.42 ± 12.48	13.61 ± 11.78	16.51 ± 14.11	1411.00	.362	.08
BIDA_BDI	13.32 ± 8.95	13.59 ± 8.81	12.62 ± 9.38	1413.50	.373	.08
EDE-Q Restraint	1.15 ± 1.27	1.22 ± 1.31	0.96 ± 1.14	1345.00	.202	.11
EDE-Q Eating	.52 ± .84	0.63 ± 0.94	0.22 ± 0.33	1085.00	.005*	.25
EDE-Q Shape	1.45 ± 1.30	1.70 ± 1.38	0.81 ± 0.75	940.00	<.001*	.31
EDE-Q Weight ¹	1.55 ± 1.26	1.74 ± 1.37	0.96 ± 0.54	264.00	.051	.24
EDE-Q Global	1.08 ± 1.05	1.24 ± 1.14	0.66 ± 0.59	1082.50	.007*	.24
WHOQOL fysisk	76.54 ± 11.91	77.18 ± 11.49	74.90 ± 12.95	1437.50	.447	.07
WHOQOL psykologisk	67.33 ± 16.52	66.34 ± 16.61	69.88 ± 16.23	1396.00	.323	.09
WHOQOL socialt	75.33 ± 16.78	77.41 ± 15.41	70.00 ± 19.09	1235.50	.059	.17
WHOQOL miljø	78.23 ± 13.41	77.29 ± 13.43	80.63 ± 13.23	1331.50	.179	.12
WHOQOL Global	74.36 ± 11.94	74.56 ± 11.62	73.85 ± 12.87	1545.50	.871	.01
STAI State	33.95 ± 10.93	34.37 ± 11.12	32.89 ± 10.48	1435.00	.441	.07
STAI Trait	37.97 ± 11.31	38.98 ± 10.83	35.37 ± 12.23	1215.00	.048*	.18
BDI	9.97 ± 8.09	7.96 ± 7.63	8.00 ± 9.29	1488.00	.632	.04

Note. ¹ BPI 2. person 3D og EDE-Q Weight Concern er baseret på et udsnit af samlede sample, kvinder (n = 49) og mænd (n = 16); ES= effektstørrelse; *indikerer statistisk signifikans, p < 0.05.

Tabel 3. Sammenligning af forskellige scorere på forskellige domæner hos deltagere uden og med spiseforstyrrelsessymptomer.

Variabel	EDE-Q score < 3	EDE-Q score ≥ 3	Mann-Whitney		
	Mean ± SD	Mean ± SD	U	p-værdi	ES (r)
BSE 2D	38.90 ± 27.90	52.41 ± 36.22	459.00	.291	.09
BSE 3D	80.88 ± 65.55	135.35 ± 87.07	357.50	.048*	.18
BPI 2D	124.54 ± 18.20	133.67 ± 25.23	454.00	.271	.10
BPI 3D	115.09 ± 12.88	126.37 ± 16.52	330.00	.026*	.20
BIDA_BD	11.50 ± 9.45	24.41 ± 9.41	172.50	< .001*	.33
BIDA_SxBD	12.42 ± 11.87	19.71 ± 17.09	436.50	.202	.11
BIDA_CBD	13.45 ± 11.91	25.59 ± 14.07	263.00	.004*	.26
BIDA_BDI	12.46 ± 8.07	23.24 ± 12.56	258.00	.004*	.26
EDE-Q Restraint	0.92 ± 1.02	3.76 ± 0.85	34.50	< .001*	.44
EDE-Q Eating	0.33 ± 0.46	2.66 ± 1.23	20.50	< .001*	.47
EDE-Q Shape	1.19 ± 0.97	4.44 ± 0.73	1.00	< .001*	.47
EDE-Q Weight ¹	1.25 ± 0.84	4.50 ± 0.78	0.50	< .001*	.50
EDE-Q Global	0.84 ± 0.78	3.74 ± 0.73	0.00	< .001*	.47
WHOQOL fysisk	77.61 ± 11.26	64.29 ± 12.82	252.00	.003*	.26
WHOQOL psykologisk	69.31 ± 14.77	44.58 ± 19.25	176.00	< .001*	.33
WHOQOL socialt	75.43 ± 16.91	74.05 ± 15.93	536.50	.723	.03
WHOQOL miljø	79.05 ± 12.92	68.75 ± 15.87	355.00	.045*	.18
WHOQOL Global	75.35 ± 11.33	62.94 ± 13.39	282.00	.008*	.24
STAI State	32.82 ± 9.90	47.00 ± 14.06	232.50	.002*	.28
STAI Trait	36.87 ± 10.55	50.60 ± 12.59	224.00	.001*	.29
BDI	7.15 ± 6.93	17.40 ± 13.61	323.50	.022*	.21

Note. ¹Er baseret på et udsnit af samlede sample, uden ED symp. (n = 59) og med ED symp. (n = 6). ES= effektstørrelse beregnet som r; *indikerer statistisk signifikans, p < 0.05.

7.3 Forekomst af forvrænget kropsopfattelse

7.3.1 Overestimering

For det samlede sample er der fundet en gennemsnitlig overestimering ved både BSE og BPI. Målt ved BSE er der fundet en global overestimering på 39.98 (± 28.71) cm ved 2D og 85.24 (± 68.71) cm ved 3D. Ved BPI ses der en overestimering ved 2D på 125.27 (± 18.89) og ved 3D på 115.99 (± 13.48) for hvert kropsmål - svarende til 25.27% og 15.99%.

Opdelt i køn overestimerer samplets kvinder samlet deres kropsstørrelse med 47.45 (± 29.15) cm ved 2D og 89.94 (± 69.83) cm ved 3D, målt ved BSE. Samplets mænd overestimerer deres kropsstørrelse med 20.76 (± 15.92) cm ved 2D og 73.13 (± 65.14) cm ved 3D. Målt ved BPI, overestimerer kvinderne gennemsnitligt deres kropsstørrelse med 130.21 (± 19.26) ved 2D og 117.26 (± 14.35) ved 3D, svarende til 30.21% ved 2D og 17.26% ved 3D. Ved BPI overestimerer mændene med 112.56 (±

9.94) 2D og 112.75 (± 10.46) 3D, svarende til henholdsvis 12.56% ved 2D og 12.75% ved 3D. Kvinderne ($Md = 40.30$) har en statistisk signifikant højere score end mændene ($Md = 19.60$) ved BSE 2D ($U = 637.5$, $z = -5.16$, $p < .001$, $r = .46$). Endvidere har kvinderne ($Md = 124.58$) en statistisk signifikant højere score end mændene ($Md = 111.38$) ved BPI 2D ($U = 577.0$, $z = -5.49$, $p < .001$, $r = .49$). Der er ikke påvist nogen statistisk signifikante kønsforskelle ved BSE 3D og BPI 3D.

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer deres kropsstørrelse med 52.41 (± 36.22) cm ved 2D og 135.35 (± 87.07) cm ved 3D, målt ved BSE. Ved BPI overestimerer de 10 deltagere med 133.67 (± 25.23) ved 2D og 126.37 (± 16.52) ved 3D - svarende til henholdsvis 33.67% og 26.37%.

De ni deltagere med selvrapporterede subkliniske symptomer overestimerer deres kropsstørrelse med 53.32 (± 25.98) cm ved 2D og 100.27 (± 65.61) cm ved 3D, målt ved BSE. De ni deltagere har en gennemsnitlig BPI på 132.61 (± 22.35) ved 2D og 119.17 (± 13.26) ved 3D, svarende til 32.61% og 19.17%.

Deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer med 38.90 (± 27.90) cm ved 2D og 80.88 (± 65.55) cm ved 3D, målt ved BSE. Ved BPI scorer deltagerne 124.54 (± 18.20) ved 2D og 115.09 (± 12.88) ved 3D - svarende til henholdsvis 24.54% og 15.09%. Deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 111.45$) har en statistisk signifikant højere score end deltagere uden symptomer ($Md = 72.00$) på BSE 3D ($U = 357.5$, $z = -1.98$, $p = .048$, $r = .12$). Derudover har deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 124.88$) en statistisk signifikant højere score sammenlignet med deltagere uden symptomer ($Md = 113.77$) på BPI 3D ($U = 330.0$, $z = -2.23$, $p = .026$, $r = .20$).

Klinisk cut-off er udregnet til 44.77 cm for global BSE 2D, og 104.3 cm for global BSE 3D.

Resultaterne fremgår af tabel 2, 3, 4 og 5.

Tabel 4. BSE forvrængningsscore (estimeret-faktisk) for 2D og 3D

	<u>Samlet sample</u>	<u>Kvinder</u>	<u>Mænd</u>	<u>EDE-Q < 3</u>	<u>EDE-Q ≥ 3</u>
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
Skulder 2D	9.80 ± 6.74	11.02 ± 6.80	6.67 ± 5.54	9.69 ± 6.54	11.15 ± 9.05
Arm 2D	3.19 ± 3.92	3.66 ± 4.35	1.99 ± 2.14	3.06 ± 3.99	4.75 ± 2.83
Bryst 2D	4.64 ± 6.22	5.72 ± 6.56	1.86 ± 4.20	4.48 ± 6.08	6.51 ± 7.83
Talje 2D	4.90 ± 5.36	6.13 ± 5.41	1.73 ± 3.74	4.90 ± 5.32	4.83 ± 6.16
Hofte 2D	5.78 ± 6.08	7.33 ± 6.15	1.81 ± 3.67	5.49 ± 5.99	9.20 ± 6.41
Lår 2D	7.17 ± 4.60	7.83 ± 4.87	5.47 ± 3.31	6.92 ± 4.34	10.00 ± 6.59
Knæ 2D	2.16 ± 2.85	2.78 ± 2.89	2.78 ± 2.89	2.09 ± 2.70	2.89 ± 4.40
Læg 2D	2.34 ± 2.85	2.98 ± 2.97	.69 ± 1.63	2.27 ± 2.75	3.08 ± 3.95
Global 2D	39.98 ± 28.71	47.45 ± 29.15	20.76 ± 15.92	38.90 ± 27.90	52.41 ± 36.22
Skulder 3D	16.49 ± 17.13	17.35 ± 17.94	14.29 ± 14.86	15.41 ± 15.50	28.94 ± 28.54
Arm 3D	5.16 ± 5.68	5.61 ± 6.00	3.99 ± 4.62	4.85 ± 5.54	8.68 ± 6.36
Bryst 3D	12.84 ± 14.76	12.66 ± 14.98	13.31 ± 14.41	12.53 ± 14.68	16.38 ± 16.08
Talje 3D	18.24 ± 15.61	19.16 ± 14.55	15.89 ± 18.06	17.58 ± 15.54	25.91 ± 15.11
Hofte 3D	15.37 ± 15.25	17.59 ± 14.01	9.64 ± 16.97	15.11 ± 15.29	18.32 ± 15.21
Lår 3D	10.53 ± 10.96	10.40 ± 11.24	10.86 ± 10.34	9.87 ± 10.43	18.15 ± 14.37
Knæ 3D	3.37 ± 6.82	3.70 ± 7.24	2.52 ± 5.63	2.91 ± 6.41	8.64 ± 9.34
Læg 3D	3.24 ± 6.74	3.47 ± 7.10	2.65 ± 5.76	2.63 ± 5.72	10.33 ± 12.28
Global 3D	85.24 ± 68.71	89.94 ± 69.83	73.13 ± 65.14	80.88 ± 65.55	135.35 ± 87.07

Note. Alle mål angivet i centimeter.

Tabel 5. BPI forvrængningsscore (estimeret/faktisk) for 2D og 3D

	<u>Samlet sample</u> Mean ± SD	<u>Kvinder</u> Mean ± SD	<u>Mænd</u> Mean ± SD	<u>EDE-Q < 3</u> Mean ± SD	<u>EDE-Q ≥ 3</u> Mean ± SD
Skulder 2D	125.91 ± 18.92	130.00 ± 19.32	115.41 ± 13.04	125.63 ± 18.48	129.17 ± 24.36
Arm 2D	136.14 ± 44.93	142.41 ± 49.83	120.03 ± 22.19	134.31 ± 45.11	157.23 ± 38.72
Bryst 2D	115.86 ± 21.38	119.78 ± 22.86	105.80 ± 12.37	115.47 ± 21.23	120.40 ± 23.70
Talje 2D	118.33 ± 20.03	123.22 ± 20.47	105.74 ± 11.82	118.39 ± 20.11	117.57 ± 20.05
Hofte 2D	116.54 ± 17.43	120.83 ± 17.71	105.49 ± 10.62	115.77 ± 17.23	125.33 ± 18.27
Lår 2D	147.54 ± 32.06	152.03 ± 33.85	135.99 ± 23.64	146.12 ± 30.66	163.84 ± 44.02
Knæ 2D	120.01 ± 26.21	125.60 ± 27.16	105.61 ± 16.68	119.62 ± 25.55	124.47 ± 34.18
Læg 2D	121.83 ± 26.67	127.82 ± 28.01	106.43 ± 14.18	121.00 ± 24.84	131.34 ± 43.29
Mean 2D	125.27 ± 18.89	130.21 ± 19.26	112.56 ± 9.94	124.54 ± 18.20	133.67 ± 25.23
Skulder 3D	115.69 ± 16.63	117.19 ± 17.92	111.82 ± 12.10	114.61 ± 14.88	128.11 ± 28.65
Arm 3D	118.34 ± 19.75	120.49 ± 21.17	112.82 ± 14.37	117.39 ± 19.42	129.24 ± 21.30
Bryst 3D	114.99 ± 20.12	115.51 ± 21.90	113.65 ± 14.78	114.68 ± 20.32	118.51 ± 18.29
Talje 3D	124.66 ± 21.25	126.83 ± 20.86	119.06 ± 21.51	123.74 ± 21.17	135.27 ± 20.28
Hofte 3D	116.71 ± 16.92	119.36 ± 16.14	109.88 ± 17.21	116.51 ± 17.09	119.03 ± 15.43
Lår 3D	119.73 ± 20.35	119.39 ± 20.62	120.60 ± 19.91	118.67 ± 19.73	131.87 ± 24.42
Knæ 3D	108.99 ± 17.79	109.82 ± 18.90	106.85 ± 14.59	107.88 ± 16.98	121.76 ± 22.68
Læg 3D	108.85 ± 17.96	109.45 ± 18.85	107.30 ± 15.59	107.25 ± 15.51	127.21 ± 31.52
Mean 3D	115.99 ± 13.48	117.26 ± 14.35	112.75 ± 10.46	115.09 ± 12.88	126.37 ± 16.52

Note. Alle mål kan omregnes til % ved at trække 100 fra BPI.

7.3.1.1 Overestimering og spiseforstyrrelsessymptomatologi

7.3.1.1.1 BSE og EDE-Q

For det samlede sample er der fundet moderate, positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem EDE-Q og BSE både for 2D ($r_s = .33, p < .001$) og 3D ($r_s = .31, p < .001$). Ved BSE 2D er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge ved alle EDE-Q domænerne: restraint ($r_s = .20, p = .025$), eating concern ($r_s = .29, p < .001$), shape concern ($r_s = .37, p < .001$) og weight concern ($r_s = .33, p = .007$). Der er ligeledes fundet statistisk signifikante sammenhænge mellem BSE 3D og alle EDE-Q domænerne: restraint ($r_s = .24, p = .006$), eating concern ($r_s = .27, p = .003$), shape concern ($r_s = .28, p = .002$) og weight concern ($r_s = .39, p = .001$).

Opdelt i køn er der for kvinderne ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 2D og EDE-Q ($r_s = .21, p = .053$), men påvist en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 2D og weight concern ($r_s = .29, p = .046$).

Der er fundet en moderat, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 3D og EDE-Q ($r_s = .32, p = .002$), samt positive, statistisk signifikante sammenhænge ved samtlige domæner: restraint ($r_s = .24, p = .026$), eating concern ($r_s = .28, p = .008$), shape concern ($r_s = .29, p = .006$) og weight concern ($r_s = .44, p = .002$). For samplets mænd er der påvist en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 2D og EDE-Q global ($r_s = .36, p = .036$), samt ved domænet shape concern ($r_s = .55, p = .001$). Der er ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BSE 3D og EDE-Q ($r_s = .22, p = .212$).

For de 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer er der ikke fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE og EDE-Q for hverken 2D ($r_s = -.42, p = .228$) eller 3D ($r_s = .09, p = .802$). For deltagerne uden symptomer er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem EDE-Q og BSE 2D ($r_s = .33, p < .001$) og BSE 3D ($r_s = .27, p = .004$).

7.3.1.1.2 BPI og EDE-Q

Der er ligeledes fundet moderate, positive, statistisk signifikante sammenhæng mellem BPI og EDE-Q, for både 2D ($r_s = .31, p < .001$) og 3D ($r_s = .33, p < .001$). Ved BPI 2D er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge med alle domænerne: eating concern ($r_s = .24, p = .007$), shape concern ($r_s = .35, p < .001$), weight concern ($r_s = .34, p = .006$) og restraint ($r_s = .18, p = .048$). Der er ligeledes fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem BPI 3D og alle EDE-Q domænerne: eating concern ($r_s = .27, p = .002$), shape concern ($r_s = .31, p < .001$), weight concern ($r_s = .39, p = .001$) og restraint ($r_s = .25, p = .006$).

Opdelt i køn er der for kvinderne ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 2D og EDE-Q ($r_s = .18, p = .090$), men fundet en positiv, moderat, statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 3D og EDE-Q ($r_s = .32, p = .002$). Hos mændene er der hverken fundet statistisk signifikante sammenhænge mellem BPI 2D og EDE-Q ($r_s = .27, p = .114$) eller mellem BPI 3D og EDE-Q ($r_s = .27, p = .121$). For kvinderne er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem BPI 2D og weight concern ($r_s = .30, p = .035$), og for BPI 3D med alle EDE-Q domæner: eating concern ($r_s = .27, p = .010$), shape concern ($r_s = .24, p = .025$), weight concern ($r_s = .43, p = .002$) og restraint ($r_s = .23, p = .029$). For samplets mænd er der ikke påvist nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem EDE-Q og BPI 2D

($r_s = .27, p = .114$) og BPI 3D ($r_s = .27, p = .121$). Der er imidlertid fundet en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 2D og domænet shape concern ($r_s = .40, p = .017$).

For de 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer er der ikke påvist en statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI og EDE-Q for hverken 2D ($r_s = -.61, p = .062$) eller 3D ($r_s = .09, p = .802$). For deltagerne uden symptomer er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem EDE-Q og BPI 2D ($r_s = .31, p < .001$) og BPI 3D ($r_s = .28, p = .003$).

7.3.1.2 Overestimering ved specifikke kropsmål

Tabel 6 og 7 viser en oversigt over samplets faktiske og estimerede kropsmål. Tabel 4 og 5 viser en oversigt over samplets BSE-forvrængningsscore og BPI-indeks for de enkelte kropsmål.

Kropsmålene knæ og læg udelades fra nærmere analyse, da de ikke vurderes at have klinisk relevans for undersøgelsens formål.

Tabel 6. Kropsmål for samlet sample samt kvinder og mænd

	<u>Samlet 2D</u>	<u>Kvinder 2D</u>	<u>Mænd 2D</u>	<u>Samlet 3D</u>	<u>Kvinder 3D</u>	<u>Mænd 3D</u>
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
Faktisk skulder	39.16 ± 4.14	37.39 ± 2.90	43.71 ± 3.27	107.65 ± 9.85	102.78 ± 6.05	120.17 ± 5.80
Faktisk arm	9.50 ± 1.45	9.04 ± 1.19	10.66 ± 1.43	28.94 ± 3.40	27.76 ± 2.77	31.97 ± 2.98
Faktisk bryst	31.45 ± 3.76	30.14 ± 2.97	34.82 ± 3.47	90.65 ± 9.08	87.87 ± 8.52	97.80 ± 6.14
Faktisk talje	29.43 ± 4.25	28.00 ± 3.53	33.12 ± 3.69	77.32 ± 9.57	74.27 ± 8.54	85.17 ± 7.44
Faktisk hofte	35.80 ± 2.99	35.62 ± 2.93	36.27 ± 3.15	95.07 ± 8.86	93.44 ± 9.29	99.27 ± 5.92
Faktisk lår	15.61 ± 1.96	15.42 ± 1.77	16.09 ± 2.33	54.20 ± 4.73	54.18 ± 4.66	54.26 ± 4.97
Faktisk knæ	11.70 ± 1.52	11.42 ± 1.44	12.43 ± 1.47	38.19 ± 2.81	37.88 ± 2.76	38.99 ± 2.80
Faktisk læg	11.55 ± 1.47	11.20 ± 1.27	12.45 ± 1.58	37.17 ± 3.10	36.89 ± 3.10	37.89 ± 3.03
Estimeret skulder	48.96 ± 6.69	48.41 ± 6.81	50.37 ± 6.26	124.14 ± 18.37	120.13 ± 17.41	134.46 ± 16.89
Estimeret arm	12.69 ± 3.77	12.71 ± 4.26	12.64 ± 2.10	34.10 ± 6.17	33.37 ± 6.45	35.96 ± 5.00
Estimeret bryst	36.09 ± 5.93	35.86 ± 6.39	36.68 ± 4.54	103.49 ± 15.40	100.53 ± 14.28	111.11 ± 15.76
Estimeret talje	34.33 ± 4.78	34.13 ± 5.00	34.85 ± 4.20	95.57 ± 15.56	93.43 ± 13.90	101.06 ± 18.29
Estimeret hofte	41.59 ± 6.22	42.95 ± 6.57	38.08 ± 3.23	110.44 ± 15.85	111.03 ± 15.35	108.91 ± 17.21
Estimeret lår	22.78 ± 4.49	23.25 ± 4.90	21.56 ± 2.93	64.73 ± 11.60	64.58 ± 12.11	65.11 ± 10.32
Estimeret knæ	13.86 ± 2.64	14.20 ± 2.88	12.99 ± 1.64	41.56 ± 7.11	41.58 ± 7.73	41.51 ± 5.31
Estimeret læg	13.89 ± 2.64	14.18 ± 2.89	13.14 ± 1.65	40.41 ± 7.31	40.36 ± 7.84	40.53 ± 5.84
Ønsket skulder	41.78 ± 6.22	39.63 ± 4.85	47.31 ± 5.99	111.5 ± 18.58	104.30 ± 12.72	130.02 ± 18.59
Ønsket arm	12.83 ± 3.24	12.09 ± 3.11	14.74 ± 2.78	36.08 ± 7.82	33.40 ± 5.85	42.97 ± 8.09
Ønsket bryst	34.69 ± 5.24	33.26 ± 4.93	38.37 ± 4.15	102.04 ± 16.85	97.04 ± 12.71	114.89 ± 19.40
Ønsket talje	31.20 ± 4.50	30.14 ± 4.29	33.94 ± 3.86	89.20 ± 14.93	84.31 ± 10.22	101.77 ± 17.71
Ønsket hofte	37.51 ± 4.60	37.85 ± 4.81	36.64 ± 3.96	103.62 ± 14.73	102.10 ± 14.25	107.53 ± 15.42
Ønsket lår	20.80 ± 3.61	19.87 ± 3.31	23.17 ± 3.28	59.50 ± 11.20	56.22 ± 8.50	67.95 ± 12.90
Ønsket knæ	13.13 ± 2.13	12.77 ± 2.15	14.07 ± 1.77	39.68 ± 6.54	38.15 ± 5.82	43.61 ± 6.73
Ønsket læg	13.39 ± 2.32	12.79 ± 2.10	14.93 ± 2.18	38.81 ± 7.47	36.59 ± 5.55	44.51 ± 8.74
Total faktisk kropsstr.	184.20 ± 16.05	178.23 ± 11.38	199.56 ± 16.23	529.20 ± 41.13	515.08 ± 35.91	565.51 ± 30.12
Total estimeret kropsstr.	224.18 ± 27.35	225.68 ± 30.25	220.32 ± 17.65	614.44 ± 76.14	605.02 ± 75.24	638.65 ± 74.07
Total ønsket kropsstr.	205.33 ± 23.84	198.40 ± 22.04	223.16 ± 18.62	580.42 ± 82.74	552.10 ± 60.08	653.23 ± 89.10
Forskel: Estimeret-faktisk	39.98 ± 28.71	47.45 ± 29.15	20.76 ± 15.92	85.24 ± 68.71	89.94 ± 69.83	73.13 ± 65.14
Forskel: Ønsket-faktisk	21.13 ± 23.45	20.17 ± 23.00	23.60 ± 24.76	51.22 ± 70.67	37.02 ± 60.15	87.72 ± 82.67
Forskel: Ønsket-estimeret	-18.85 ± 23.83	-27.28 ± 20.37	2.84 ± 17.66	-34.02 ± 53.09	-52.92 ± 44.11	14.58 ± 42.54

Note: Alle mål er angivet i centimeter.

Tabel 7. Kropsmål for deltagere uden og med spiseforstyrrelsessymptomer

	EDE-Q score < 3 2D	EDE-Q score ≥ 3 2D	EDE-Q score < 3 3D	EDE-Q score ≥ 3 3D
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
Faktisk skulder	39.16 ± 4.27	39.13 ± 2.20	107.86 ± 10.16	105.30 ± 4.62
Faktisk arm	9.56 ± 1.44	8.78 ± 1.43	28.92 ± 3.41	29.20 ± 3.39
Faktisk bryst	31.32 ± 3.70	32.95 ± 4.28	90.80 ± 9.41	89.00 ± 3.37
Faktisk talje	29.30 ± 4.23	31.02 ± 4.38	77.63 ± 9.85	73.80 ± 4.24
Faktisk hofte	35.70 ± 3.00	36.99 ± 2.85	94.92 ± 9.08	96.80 ± 5.85
Faktisk lår	15.59 ± 2.01	15.85 ± 1.18	54.08 ± 4.77	55.60 ± 4.14
Faktisk knæ	11.64 ± 1.50	12.41 ± 1.61	38.16 ± 2.86	38.55 ± 2.19
Faktisk læg	11.57 ± 1.45	11.37 ± 1.74	37.17 ± 3.13	37.15 ± 2.89
Estimeret skulder	48.84 ± 6.59	50.28 ± 8.11	123.27 ± 17.38	134.24 ± 26.46
Estimeret arm	12.61 ± 3.85	13.53 ± 2.77	33.77 ± 5.89	37.88 ± 8.17
Estimeret bryst	35.80 ± 5.60	39.46 ± 8.52	103.33 ± 15.41	105.38 ± 15.97
Estimeret talje	34.20 ± 4.85	35.85 ± 3.78	95.21 ± 15.59	99.71 ± 15.45
Estimeret hofte	41.19 ± 6.09	46.19 ± 6.16	110.03 ± 15.84	115.12 ± 16.04
Estimeret lår	22.51 ± 4.21	25.85 ± 6.50	63.95 ± 10.75	73.75 ± 17.05
Estimeret knæ	13.73 ± 2.45	15.30 ± 4.20	41.07 ± 6.54	47.19 ± 10.78
Estimeret læg	13.84 ± 2.61	14.45 ± 3.06	39.80 ± 6.22	47.48 ± 13.66
Ønsket skulder	42.03 ± 6.24	38.90 ± 5.44	112.04 ± 18.97	105.30 ± 12.34
Ønsket arm	12.94 ± 3.33	11.64 ± 1.60	36.21 ± 8.06	34.49 ± 3.86
Ønsket bryst	34.75 ± 5.08	33.93 ± 7.11	102.28 ± 17.06	99.21 ± 14.63
Ønsket talje	31.50 ± 4.47	27.76 ± 3.35	89.45 ± 15.30	86.30 ± 9.86
Ønsket hofte	37.54 ± 4.62	37.16 ± 4.64	103.09 ± 14.46	109.72 ± 17.17
Ønsket lår	20.95 ± 3.62	19.05 ± 3.16	59.52 ± 11.47	59.33 ± 7.81
Ønsket knæ	13.23 ± 2.12	11.96 ± 1.98	39.68 ± 6.62	39.63 ± 5.80
Ønsket læg	13.48 ± 2.35	12.37 ± 1.82	38.87 ± 7.54	38.02 ± 6.90
Total faktisk kropsstr.	183.83 ± 16.32	188.50 ± 12.35	529.53 ± 42.37	525.40 ± 23.50
Total estimeret kropsstr.	222.72 ± 26.44	240.91 ± 33.36	610.41 ± 73.50	660.75 ± 94.07
Total ønsket kropsstr.	206.43 ± 24.02	192.77 ± 18.22	581.15 ± 84.71	572.00 ± 57.94
Forskel: Estimeret-faktisk	38.90 ± 27.90	52.41 ± 36.22	80.88 ± 65.55	135.35 ± 87.07
Forskel: Ønsket-faktisk	22.60 ± 23.04	4.27 ± 22.65	51.62 ± 71.87	46.60 ± 57.79
Forskel: Ønsket-estimeret	-16.30 ± 22.50	-48.14 ± 19.24	-29.26 ± 51.29	-88.75 ± 43.65

Note: Alle mål er angivet i centimeter.

7.3.1.3 Estimering af 2. person

Ved deltagernes estimering af 2. person, er der fundet en generel overestimering på 35.56 (± 25.05) cm ved BSE 2D og 52.56 (± 70.35) cm ved BSE 3D. Målt ved BPI er der ligeledes fundet en overestimering af 2. person ved både 2D (124.41 ± 15.29) og 3D (111.44 ± 14.17), svarende til henholdsvis 24.41% og 11.44%.

Der er fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem BSE og BSE 2. person, både for 2D ($r_s = .44, p < .001$) og 3D ($r_s = .56, p < .001$). Målt ved BPI er der også fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem BPI og BPI 2. person, både for 2D ($r_s = .42, p < .001$) og 3D ($r_s = .54, p < .001$).

Opdelt i køn overestimerer kvinderne 2. person med 35.21 (± 25.32) cm ved 2D og 43.80 (± 67.95) cm ved 3D, mens mændene overestimerer med 36.47 (± 24.66) cm ved 2D og 79.39 (± 72.94) cm ved 3D. For kvinderne ses der stærke, positive,

statistisk signifikante sammenhænge mellem BSE og 2. person, ved både 2D ($r_s = .57$, $p < .001$) og 3D ($r_s = .62$, $p < .001$). Målt ved BPI overestimerer kvinder med 124.38 (± 16.08) ved 2D og 109.89 (± 14.24) ved 3D, svarende til 24.38% og 9.89% af 2. person. Der er fundet stærke, positive, statistisk signifikante sammenhæng hos kvinderne ved BPI 2. person mellem både BPI 2D ($r_s = .55$, $p < .001$) og 3D ($r_s = .61$, $p < .001$). Samplets mænd overestimerer 2. person med i alt 36.47 (± 24.66) cm ved BSE 2D og 79.39 (± 72.94) cm ved BSE 3D. Der er ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 2D og BSE 2D 2. person ($r_s = .25$, $p = .157$) for mændene, mens der er fundet en stærk, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 3D og BSE 3D 2. person ($r_s = .69$, $p = .003$). Ved BPI overestimerer mændene med 124.46 (± 13.28) ved 2D og 116.16 (± 13.27) ved 3D, svarende til 24.46% og 16.16%. Der er ikke fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 2D og BPI 2D 2. person ($r_s = .28$, $p = .105$), mens der er fundet en stærk statistisk signifikant sammenhæng ved BPI 3D ($r_s = .55$, $p = .027$). Der er ikke påvist nogen statistisk signifikante kønsforskelle mellem mænd og kvinder ved estimeringen af 2. person, for hverken BSE eller BPI.

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer ved BSE 2. person med 41.21 (± 28.45) cm ved 2D og 96.22 (± 98.87) cm ved 3D. Målt ved BPI overestimerer de med 130.89 (± 20.76) ved 2D og 122.63 (± 18.09) ved 3D, svarende til henholdsvis 30.89% og 22.63%. Der er fundet en stærk, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE 3D og BSE 3D 2. person ($r_s = .83$, $p = 0.42$). Deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer ved BSE 2. person med 35.07 (± 24.81) cm ved 2D og 48.12 (± 66.34) cm ved 3D. Målt ved BPI overestimerer deltagerne med 123.84 (± 14.71) ved 2D og 110.30 (± 13.38) ved 3D, svarende til 23.84% og 10.30%.

7.3.1.4 Overestimering og andre indflydende faktorer

Det er undersøgt, hvorvidt uddannelsesniveau, BMI og alder har indflydelse på variationer i deltagernes kropslige overestimering.

Der er fundet negative, statistisk signifikante sammenhænge mellem uddannelsesniveau og BSE ved 2D ($r_s = -.20$, $p = .025$) og 3D ($r_s = -.17$, $p = .046$), samt mellem uddannelsesniveau og BPI ved både 2D ($r_s = -.22$, $p = .016$) og 3D ($r_s = -.18$, $p = .041$).

Undersøgelsen finder ikke nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem alder og hverken BSE eller BPI. Ved nærmere undersøgelse af alder, er samplet inddelt i aldersgrupperne: 20-24 år ($n = 71$), 25-29 år ($n = 43$) og 30 år og derover ($n = 11$). Deltagerne scorer følgende på BSE: 20-24 år scorer 5.33 (± 3.67) ved 2D og 11.86 (± 9.17) ved 3D, gruppen 25-29 år scorer 4.64 (± 3.68) ved 2D og 8.67 (± 7.33) ved 3D, mens gruppen 30+ scorer 4.24 (± 2.61) ved 2D og 10.65 (± 8.56) ved 3D. For BPI er resultaterne som følger: 20-24 år scorer 127.10 (± 18.68) ved 2D og 117.99 (± 14.78) ved 3D, 25-29 år scorer 123.63 (± 20.30) ved 2D og 112.81 (± 10.93) ved 3D, mens 30+ scorer 119.89 (± 13.54) ved 2D og 115.53 (± 12.29) ved 3D.

Med samplets deltagere inddelt i BMI kategorierne undervægt, normalvægt og overvægt, er der ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BMI og hverken BSE eller BPI. Gennemsnitlige BSE scorer: undervægt 3.25 (± 1.60) ved 2D og 9.60 (± 3.32) ved 3D, normalvægt 4.96 (± 3.46) 2D og 10.07 (± 8.29) 3D, overvægt 5.73 (± 4.46) 2D og 13.85 (± 10.54) 3D. For BPI er de gennemsnitlige scorer: undervægt 119.73 (± 11.52) 2D og 115.73 (± 5.32) 3D, normalvægt 124.79 (± 17.93) 2D og 115.28 (± 12.98) 3D, overvægt 129.29 (± 24.61) ved 2D og 119.62 (± 17.12) ved 3D.

7.3.2 Forekomst af kropsutilfredshed

7.3.2.1 BIDA

BIDA global score for det samlede sample er 13.32 (± 8.95). Der er ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BIDA og hverken BSE 2D ($r_s = .04$, $p = .630$) eller BSE 3D ($r_s = .07$, $p = .444$). Ligeledes er der ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BIDA og BPI, ved hverken 2D ($r_s = .06$, $p = .534$) eller 3D ($r_s = .10$, $p = .248$). Der ses dog en svag positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 3D og subskalaen BD ($r_s = .22$, $p = .013$).

Gennemsnitsscoren for samplets kvinder og mænd er henholdsvis 13.59 (± 8.81) og 12.62 (± 9.38) ved BIDA. Der er ikke fundet nogen statistisk signifikante kønsforskelle ved BIDA og de tilhørende subskalaer. Der er ikke påvist nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BIDA og BSE 2D eller 3D for hverken mænd eller kvinder. For kvinderne er der fundet en positiv, statistisk signifikant sammenhæng ved BSE 3D og subskalaen BD ($r_s = .30$, $p = .004$). Hos mændene er der fundet en statistisk signifikant, negativ sammenhæng mellem BSE 3D og subskalaen SxBD ($r_s = -.42$, $p = .011$). Der er ikke fundet sammenhæng mellem BIDA og BPI for hverken

kvinder eller mænd. Hos kvinderne er der fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem BPI 3D og subskalaen BD ($r_s = .32, p = .002$).

Ni deltagere scorer over cut-off på BIDA (≤ 30), hvoraf størstedelen er kvinder (< 4 er mænd). De ni deltagere har en gennemsnitlig BIDA score på 35.19 (± 6.23).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer scorer 23.24 (± 12.56) på BIDA, mens deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer scorer 12.46 (± 8.07) på BIDA. Deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 20.59$) har en statistisk signifikant højere score end deltagere uden symptomer ($Md = 9.80$) på BIDA ($U = 258.0, z = -2.89, p = .004, r = .26$), hvilket er gældende for alle domæner undtagen SxBD.

Aflæses i tabel 2 og 3.

7.3.2.1.1 Sammenhæng mellem BIDA og EDE-Q

Der er fundet en moderat, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BIDA og EDE-Q ($r_s = .32, p < .001$). Kønsoptelt ses der for kvinderne en moderat, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem BIDA og EDE-Q ($r_s = .46, p < .001$). For samplets mænd er der ikke fundet en statistisk sammenhæng mellem BIDA og EDE-Q ($r_s = -.14, p = .419$), men der er fundet en moderat, negativ statistisk signifikant sammenhæng ved skalaen BIDA CBD $r_s = -.41, p = .016$).

7.3.2.1.2 BIDA og andre faktorer

Der er ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BIDA og henholdsvis uddannelsesniveau, alder og BMI. Optelt efter uddannelsesniveau, scorer deltagerne gennemsnitligt følgende på BIDA: gymnasial uddannelse 14.02 (± 9.41), kort videregående/erhvervsuddannelse 20.87 (± 10.82), bachelorgrad 10.82 (± 7.12) og kandidat/mastergrad 12.25 (± 5.84). Inddelt i tidligere nævnte aldersgrupper, scorer deltagerne følgende på BIDA: 13.94 (± 9.72) for 20-24-årige, 12.81 (± 7.97) for 25-29-årige og 11.27 (± 7.49) for aldersgruppen 30+. Inddelt efter BMI, scorer grupperingerne følgende på BIDA: 21.08 (± 7.66) for undervægtige, 12.44 (± 8.32) for normalvægtige og 15.32 (± 11.07) for overvægtige.

7.3.2.2 Ønsket og estimeret

Ved BSE (ønsket-estimeret) scorer samplet i gennemsnit $-18.85 (\pm 23.83)$ cm ved 2D og $-34.02 (\pm 53.09)$ cm ved 3D. Målt ved BPI (ønsket/estimeret) scorer samplet $95.00 (\pm 11.50)$ ved 2D og $96.25 (\pm 9.04)$ ved 3D, svarende til henholdsvis -5% og -3.75% for hvert kropsmål. Der er fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem ønsket-estimeret og BSE 2D ($r_s = -.58, p < .001$) og BSE 3D ($r_s = -.29, p < .001$). Der er ligeledes fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem ønsket/estimeret og BPI 2D ($r_s = -.51, p < .001$) og BPI 3D ($r_s = -.25, p = .005$).

Opdelt i køn ønsker kvinderne en kropsstørrelse der er $-27.28 (\pm 20.37)$ cm ved 2D og $-52.29 (\pm 44.11)$ cm ved 3D, mens mændene ønsker sig en kropsstørrelse der er $2.84 (\pm 17.66)$ cm ved 2D og $14.58 (\pm 42.54)$ cm ved 3D, målt ved BSE. Kvinderne ($Md = -23.75$) har en statistisk signifikant lavere score end mændene ($Md = 6.00$) på BSE 2D ($U = 372.0, z = -6.62, p < .001, r = .59$). Ligeledes ses kvinderne ($Md = -48.75$) at have en statistisk signifikant lavere score end mændene ($Md = 16.50$) på BSE 3D ($U = 408.0, z = -6.42, p < .001, r = .57$). Ved BPI scorer kvinderne $90.89 (\pm 10.00)$ ved 2D og $92.83 (\pm 6.98)$ ved 3D, svarende til -9.11% og -7.17% . For BPI scorer mændene $105.56 (\pm 7.81)$ ved 2D og $105.02 (\pm 7.76)$ ved 3D, svarende til henholdsvis 5.56% og 5.02% . Kvinderne ($Md = 91.07$) har en statistisk signifikant lavere score end mændene ($Md = 106.16$) på BPI 2D ($U = 319.0, z = -6.91, p < .001, r = .62$). Ligeledes ses kvinderne ($Md = 93.15$) at have en statistisk signifikant lavere score end mændene ($Md = 105.93$) på BPI 3D ($U = 394.0, z = -6.49, p < .001, r = .58$).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ønsker sig samlet en kropsstørrelse der er $-48.14 (\pm 19.24)$ cm mindre ved 2D og $-88.75 (\pm 43.65)$ cm mindre ved 3D, målt ved BSE. Ved BPI scorer de $81.96 (\pm 6.83)$ ved 2D og $87.79 (\pm 6.14)$ ved 3D, hvilket svarer til henholdsvis -18.04% og -12.21% .

Deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer ønsker sig en kropsstørrelse der er $-16.30 (\pm 22.50)$ cm mindre ved 2D og $-29.26 (\pm 51.29)$ cm mindre ved 3D, målt ved BSE. Ved BPI scorer de $96.13 (\pm 11.14)$ ved 2D og $96.98 (\pm 8.89)$ ved 3D, hvilket svarer henholdsvis til -3.87% og -3.02% .

Tabel 2, 6 og 7 præsenterer oversigter over ønsket og estimeret.

7.3.2.3 Ønsket og faktisk

Ved BSE (ønsket-faktisk) scorer det samlede sample 21.13 (± 23.45) cm ved 2D og 51.22 (± 70.67) cm ved 3D. Målt ved BPI (ønsket/faktisk) er scoren 110.82 (± 13.93) ved 2D og 116.67 (± 14.35) ved 3D, svarende til henholdsvis 10.82% og 16.67%.

Hvis man ser på samplets kvinder og mænd adskilt, har kvinderne en samlet BSE score på 20.17 (± 23.00) cm ved 2D og 37.02 (± 60.15) cm ved 3D, mens samplets mænd har 23.60 (± 24.76) cm ved 2D og 87.72 (± 82.67) cm ved 3D. Udregnet ved BPI har samplets kvinder 115.93 (± 14.26) ved 2D og 107.98 (± 12.43) ved 3D, svarende til 15.93% og 7.98%, mens mændene har en BPI på 118.57 (± 14.6) ved 2D og 118.11 (± 15.08) ved 3D, svarende til 18.57 og 18.11%. For BSE 2D og BPI 2D er der ikke fundet nogen statistisk signifikante kønsforskelle. Det ses at mændene ($Md = 77.00$) har en statistisk signifikant højere score end kvinderne ($Md = 39.85$) på BSE 3D ($U = 959.5$, $z = -3.38$, $p < .001$, $r = .30$). Ligeledes ses det at mændene ($Md = 116.04$) har en statistisk signifikant højere score end kvinderne ($Md = 108.07$) på BPI 3D ($U = 962.0$, $z = -3.37$, $p < .001$, $r = .30$).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer har en samlet BSE score for utilfredshed på 4.27 (± 22.65) ved 2D og 46.60 (± 57.79) ved 3D, mens de har en BPI på 107.84 (± 13.57) ved 2D og 109.25 (± 9.82) ved 3D, svarende til 7.84% og 9.25%. Deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer har en gennemsnitlig BSE score på 22.60 (± 23.04) cm ved 2D og 51.62 (± 71.87) cm ved 3D. Ved BPI scorer de 117.44 (± 14.21) ved 2D og 110.95 (± 14.26) ved 3D, svarende til 17.44 % og 110.95%.

Tabel 2, 6 og 7 illustrerer oversigter over ønsket og faktisk.

7.4 Livskvalitet

Det samlede sample scorer 74.36 (± 11.94) på WHOQOL-BREF global score, og følgende på domænerne: 76.54 (± 11.91) fysisk, 67.33 (± 16.52) psykologisk, 75.33 (± 16.78) sociale relationer og 73.23 (± 13.41) miljø.

Opdelt i køn scorer samplets kvinder 74.56 (± 11.62) og samplets mænd 73.85 (± 12.87), målt ved WHOQOL. Der er ikke fundet nogen statistisk signifikant kønsforskel. Kvindernes domænescorer er følgende: fysisk (77.18 ± 11.49), psykologisk (66.34 ± 16.61), sociale relationer (77.41 ± 15.41) og miljø (77.29 ± 13.43). Mændenes

domænescorer er: fysisk (74.90 ± 12.95), psykologisk (69.88 ± 16.23), sociale relationer (70.0 ± 19.09) og miljø (80.63 ± 13.23).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer har en global score på 62.95 (± 13.39) og scorer følgende på de fire domæner: fysisk 64.29 (± 12.82), psykologisk 44.58 (± 19.25), sociale relationer 74.17 (± 15.93) og miljø 68.75 (± 15.87). For det samlede sample er der desuden påvist en moderat, negativ, statistisk signifikant sammenhæng mellem WHOQOL og EDE-Q ($r_s = -.39, p < .001$). Der er ligeledes fundet moderate, negative sammenhænge mellem EDE-Q og psykologisk domæne ($r_s = -.52, p < .001$), miljø domæne ($r_s = -.40, p < .001$) og fysisk domæne ($r_s = -.33, p < .001$). Der er ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem EDE-Q og domænet sociale relationer ($r_s = -.04, p = .633$). Deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer scorer 75.35 (± 11.35) på global score og følgende på de fire domæner: fysisk 77.61 (± 11.27), psykologisk 69.31 (± 14.77), sociale relationer 75.43 (± 16.91) og miljø 79.05 (± 12.92). Deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 64.99$) har en statistisk signifikant lavere score sammenlignet med deltagere uden symptomer ($Md = 76.41$) på WHOQOL global ($U = 282.0, z = -2.67, p = .008, r = .24$). Derudover ses statistisk signifikante forskelle for alle underdomæner.

Sammenholdt med overestimering, er der for det samlede sample ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BSE og WHOQOL ved 2D ($r_s = -.07, p = .451$) eller 3D ($r_s = -.09, p = .318$), eller mellem BPI og WHOQOL ved hverken 2D ($r_s = -.09, p = .348$) eller 3D ($r_s = -.12, p = .173$).

Sammenholdt med kropsutilfredshed, er der fundet negative, statistisk signifikante sammenhænge mellem BIDA og WHOQOL hos både det samlede sample ($r_s = -.44, p < .001$), samplets kvinder ($r_s = -.42, p < .001$), samplets mænd ($r_s = -.50, p = .002$) og hos deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer ($r_s = -.24, p = .009$). Der er ligeledes påvist statistisk signifikante sammenhænge mellem BIDA og samtlige WHOQOL domæner. Der er ikke påvist nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BIDA og WHOQOL for deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer ($r_s = -.41, p = .243$).

Resultaterne fremgår i tabel 2 og 3.

7.4.1 Forekomst af symptomer på komorbiditet

7.4.1.1 Angst

Samplet har en gennemsnitlig STAI-state score på 33.95 (± 10.92) og STAI-trait score på 37.97 (± 11.31). Der er ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BSE og STAI. Ved BPI 3D er der fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge med STAI-state ($r_s = .19, p = .037$) og STAI-trait ($r_s = .18, p = .041$). For det samlede sample er der fundet en moderat, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem EDE-Q og STAI-state ($r_s = .39, p < .001$), samt en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem EDE-Q og STAI-trait ($r_s = .46, p < .001$).

Opdelt i køn scorer kvinderne 34.37 (± 11.12) på STAI-state, hvorunder 70% ($n = 63$) rapporterede ingen eller lav angst, 10% ($n = 9$) rapporterede moderat angst og 20% ($n = 18$) rapporterede høj angst. Den kvindelige gennemsnitsscore på STAI-trait var 38.98 (± 10.83), hvorunder 55.6% ($n = 50$) rapporterede ingen eller lav angst, 16.7% ($n = 15$) rapporterede moderat angst og 27.8% ($n = 25$) rapporterede høj angst. Samplets mænd scorer gennemsnitligt 32.89 (± 10.48) på STAI-state, hvorunder 74.3% ($n = 26$) rapporterede ingen eller lav angst, 8.6% ($n = 3$) rapporterede moderat angst, og 17.1% ($n = 6$) rapporterede høj angst. Den mandlige gennemsnitsscore på STAI-trait var 35.37 (± 12.23) med 71.4% ($n = 25$) der rapporterede ingen eller lav angst, mens de resterende 28.6% ($n = 10$) rapporterede moderat-høj angst (sammenlagt grundet mikrodata).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer scorer 47.0 (± 14.06) på STAI-state og 50.6 (± 12.59) på STAI-trait. Deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer scorer 32.82 (± 9.90) på STAI-state og 33.87 (± 10.55) på STAI-trait. Deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 47.50$) har en statistisk signifikant højere score end deltagerne uden symptomer ($Md = 30.00$) på STAI-state ($U = 232.5, z = -3.12, p = .002, r = .28$). Deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 48.50$) har ligeledes en statistisk højere score end deltagerne uden symptomer ($Md = 34.00$) på STAI-trait ($U = 224.0, z = -3.20, p = .001, r = .29$).

Resultaterne fremgår af tabel 2 og 3.

7.4.1.2 Depression

Samplets gennemsnitlige BDI-score er 7.97 (± 8.09). Der er ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem BDI og BSE ved hverken 2D ($r_s = 0.25, p =$

.779) eller 3D ($r_s = .08, p = .404$), eller mellem BDI og BPI ved 2D ($r_s = .03, p = .733$) eller 3D ($r_s = .10, p = .262$). For det samlede sample er der fundet en moderat, positiv statistisk signifikant sammenhæng mellem BDI og EDE-Q ($r_s = .36, p < .001$).

For kvinder er den gennemsnitlige BDI score 7.96 (± 7.63), hvorunder 67.8% ($n = 61$) rapporterede minimal depression, 22.2% ($n = 20$) rapporterede milde depressive symptomer, 10% ($n = 9$) rapporterede moderat til svær depression (sammenlagt grundet mikrodata). For mænd er den gennemsnitlige BDI score 8 (± 9.29), hvor 82.9% ($n = 29$) rapporterede minimal depression, og 17.1% ($n = 6$) rapporterede milde til svære depressive symptomer (sammenlagt grundet mikrodata).

De 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer scorer 17.40 (± 13.61) på BDI, hvor deltagerne uden symptomer scorer 7.15 (± 6.93) på BDI. Deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer ($Md = 17.50$) har en statistisk signifikant højere score end deltagerne uden symptomer ($Md = 6.00$) på BDI ($U = 323.50, z = -2.29, p = .022, r = .21$).

Resultaterne fremgår af tabel 2 og 3.

8. Diskussion af resultater

Følgende analyserer og diskuterer undersøgelsens resultater med henblik på at identificere og fremstille klinisk relevante fund samt besvare undersøgelsens problemformulering, hypoteser og forskningsspørgsmål.

8.1 Sample

Vores samlede sample består af 125 deltagere, hvoraf 90 er kvinder og 35 er mænd. For at sikre validiteten af de statistiske analyser er det afgørende, at datasættet bygger på en tilstrækkelig stor samplestørrelse. Den udførte poweranalyse viser, at datasættets samplestørrelse ($n = 125$) er robust til at undersøge spearman-korrelationer med en høj grad af statistisk sikkerhed, da power er 91.7%. En styrke for nærværende undersøgelse er således, at power værdien overstiger den anbefalede grænseværdi på 80%, hvilket øger sandsynligheden for at påvise eksisterende sammenhænge og dermed gøre resultaterne mere pålidelige.

Den skæve kønsfordeling i samplet kan være et udtryk for *sampling bias*, hvor visse demografiske grupper fremstår som under- eller overrepræsenteret i det samlede sample (Coolican, 2019). I vores sample er mænd underrepræsenterede, mens kvinder er overrepræsenterede. At mænd er underrepræsenterede, er i overensstemmelse med en generel tendens, hvor mænd er marginalt til stede i forskningen som vedrører kropsforvrængning og spiseforstyrrelser generelt (Strother, 2012; Jones & Morgan, 2010). Dog må det derfor også anses som en fordel ved nærværende undersøgelse, at samplet faktisk inkluderer mænd. Det er vigtigt at være opmærksom på skævheden i kønsfordelingen i fortolkningen og anvendelsen af undersøgelsens resultater. Når en gruppe er markant overrepræsenteret i et sample, vil de samlede resultater statistisk set afspejle data fra den største gruppe (Coolican, 2019). Det betyder, at eventuelle tendenser, eller mønstre, der er særligt tydelige blandt kvinderne, kan dominere den samlede analyse. Det betyder samtidig også, at hvis der findes afvigende eller modsatrettede tendenser blandt mændene, kan disse blive statistisk udvandet, hvorfor man kan overse disse eller fejltolke dem som værende ikke-betydningsfulde eller ikke-eksisterende. På baggrund af den kønsmæssige skævhed i samplet er det således væsentligt at udføre separate analyser for samplets kvinder og mænd. En kønsopdelt analyse muliggør identificering og undersøgelse af kønsdifferentierede mønstre og tendenser, som kan

have analytisk eller praktisk betydning. I forlængelse heraf er det tilmed relevant at foretage separate analyser for deltagere med og uden klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer.

Opdelingen af samplet, i kvinder ($n = 90$) og mænd ($n = 35$) samt i deltagere med ($n = 10$) og uden ($n = 115$) spiseforstyrrelsessymptomer, reducerer den statistiske styrke, særligt i de mindre grupper såsom mænd og deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer. Lav statistisk styrke vanskeliggør identifikation af reelle forskelle og øger risikoen for type II-fejl, altså risikoen for fejlagtigt at konkludere, at der ikke er en forskel, selvom en faktisk forskel er til stede (Coolican, 2019). Dette nødvendiggør en forsigtighed i tolkningen af ikke-statistisk signifikante resultater mellem køn samt mellem deltagere med og uden spiseforstyrrelsessymptomer, da reelle forskelle potentielt kan overses som følge af begrænset statistisk styrke i de opdelte analyser. Selvom forskelle hos disse grupper ikke opnår statistisk signifikans, kan disse således stadig være klinisk relevante og have væsentlig praktisk betydning i klinisk kontekst. Det er i denne forbindelse vigtigt at skelne mellem statistisk og *klinisk signifikans*, idet førstnævnte alene afspejler sandsynligheden for, at en effekt ikke er opstået ved tilfældighed, mens sidstnævnte vedrører effekternes relevans for klinisk beslutningstagning og patientbehandling (McGough & Faraone, 2009). Det betyder også, at resultater kan være statistisk signifikante, men omvendt mangle klinisk signifikans (McGough & Faraone, 2009). Klinisk relevans bør derfor tillægges særlig vægt, ikke kun i vurderingen af forskelle i forvrænget kropsopfattelse mellem personer med og uden spiseforstyrrelsessymptomer, men også i forhold til kønsforskelle. Forskelle mellem mænd og kvinder kan have betydelige implikationer for både diagnostik, behandling og intervention. En kønsnuanceret forståelse af forvrænget kropsopfattelse kan således danne grundlag for en mere differentieret klinisk praksis, målrettede tiltag og videre forskning. Nærværende undersøgelse inddrager derfor både statistisk signifikante og ikke-statistisk signifikante fund. For at mindske risikoen for type-II fejl i fremtiden vil en øget samplestørrelse i grupperne styrke undersøgelsens statistiske styrke (Cohen, 1992), herunder særligt hos deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer og mændene.

Med hensyn til samplets repræsentativitet forekommer der endvidere sampling bias i forhold til alder, idet vores sample overvejende består af yngre deltagere med en gennemsnitsalder på 25.86 år. Denne aldersmæssige skævhed rejser spørgsmål om resultaternes generaliserbarhed til den bredere befolkning. Dette synes særlig relevant,

idet tidligere forskning har påvist, at spiseforstyrrelsessymptomatologi kan variere betydeligt på tværs af aldersgrupper.

Hvad angår samplets BMI, placerer det sig inden for det normalvægtige område ($18.5 \leq \text{BMI} < 25$), jævnfør WHO's grænseværdier (Statens Institut for Folkesundhed, 2023). Der forekommer kønsspecifikke fysiologiske forskelle ved BMI, hvilket også afspejles i vores data, hvor det gennemsnitlige BMI blandt kvinder er 22.13, mens det hos mændene er 23.48. Sammenholdt med den almene voksne befolkning, hvor omtrent 53% klassificeres som overvægtige, adskiller vores sample sig dermed markant, hvor blot 16% befinder sig i denne kategori. En sandsynlig forklaring herpå er, at vores sample overvejende består af yngre kvinder - en demografisk gruppe, der typisk har lavere BMI sammenlignet med ældre aldersgrupper og mænd (Statens Institut for Folkesundhed, 2023).

Undersøgelsens sample består således overvejende af unge kvinder med et BMI inden for normalområdet, hvilket medfører en skævhed i forhold til den generelle befolkningssammensætning i Danmark. Det indebærer, at undersøgelsens resultater ikke uden videre kan generaliseres til den brede danske befolkning uden forbehold. Samplets sammensætning vurderes dog som yderst relevant og formålstjenlig i forhold til undersøgelsens genstandsfelt, idet kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomatologi netop forekommer hyppigst i denne demografiske gruppe. Undersøgelsens repræsentativitet skal derfor forstås som kontekstuel afstemt i forhold til det fænomen, der undersøges, men ikke som dækkende for den brede danske befolkning. De følgende analyser tager højde for samplets sammensætning, herunder variationer i køn, alder og BMI - samt gruppestørrelser. Da disse faktorer kan have indflydelse på resultaterne, er det væsentligt at inddrage deres betydning i vurderingen af fundenes generaliserbarhed til den bredere befolkning.

8.2 Forekomst af overestimering og kropsutilfredshed

8.2.1 Overestimering

Undersøgelsen har fundet en generel overestimering hos samplet, idet deltagerne har tendens til at vurdere deres estimerede kropsstørrelse til at være større end deres faktiske kropsmål. En sådan tendens til overestimering er fundet både ved den lineære og cirkulære målemetode, samt udregnet ved både BSE og BPI. Vores sample vurderer

altså overordnet deres kroppe som værende større, end de er. Opdelt i køn viser analysen, at kvinderne overestimerer deres kropsstørrelse mere end mændene, målt både lineært og cirkulært. Ved det lineære mål er der fundet en stor, statistisk signifikant kønsforskel.

At der er fundet en generel overestimering af egen kropsstørrelse hos en ikke-klinisk population, er i overensstemmelse med eksisterende forskning, der viser, at forvrænget kropsopfattelse ikke udelukkende optræder hos personer med spiseforstyrrelse, men også forekommer i den generelle befolkning - dog typisk i mindre grad (Farrell et al., 2006; Benninghoven et al., 2007). Samtidig står resultaterne i kontrast til studier, der peger på en tendens til, at personer uden spiseforstyrrelse underestimerer deres kropsstørrelse (Ahrberg et al., 2011; Vocks et al., 2007; Lewer et al., 2017). Den generelle overestimering indikerer, at forvrænget kropsopfattelse bør forstås som et kontinuum, hvor overestimering af kropsstørrelse bevæger sig fra et normativt fænomen til et patologisk symptom på spiseforstyrrelse. Den observerede kønsspecifikke forskel i fundene, hvor kvinder i højere grad end mænd overestimerer deres kropsstørrelse, afspejler ligeledes en veletableret tendens i forskningen, hvor særligt kvinder udvikler uhensigtsmæssige kropsrelaterede tanker og adfærd (Benninghoven et al., 2007; Cash & Deagle, 1997). Dette understreger vigtigheden af at undersøge og adressere kønsspecifikke mønstre i udviklingen af kropsforvrængning.

Blandt den ikke-kliniske undersøgelsespopulation på 125 voksne danskere er der identificeret henholdsvis ni deltagere (7.2%) med subkliniske symptomer på spiseforstyrrelse (EDE-Q cut-off $\geq 2 < 3$) og hele 10 deltagere (8%) med klinisk relevante symptomer på spiseforstyrrelse (EDE-Q cut-off ≥ 3). Alle er kvinder. Deltagerne med subkliniske spiseforstyrrelsessymptomer udviser en markant højere grad af overestimering sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer og ligger tæt op ad den kliniske gruppes overestimeringsniveau. Bemærkelsesværdigt er det, at deltagere med subkliniske og kliniske spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer næsten identisk ved det lineære mål (den subkliniske gruppe med 0.91 cm mere end den kliniske). Ved det cirkulære mål ses der derimod en tydelig forskel, hvor den kliniske gruppe overestimerer med hele 35.08 cm mere end den subkliniske gruppe. Der er i forlængelse heraf påvist en moderat, positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi og overestimering, hvilket indikerer, at jo flere spiseforstyrrelsessymptomer, der er til stede, jo større en grad af overestimering vil forekomme - og omvendt. Denne sammenhæng er fundet ved alle under-

søgelsens målemetoder, lineært og cirkulært, samt ved BSE og BPI. At undersøgelsen påviser, at der findes en moderat, positiv sammenhæng mellem graden af spiseforstyrrelsessymptomer og overestimering af kropsstørrelse er forventeligt, idet forvrænget kropsopfattelse er en aktiv komponent i udviklingen og vedligeholdelsen af spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Det er bemærkelsesværdigt, at en så stor andel af deltagerne i en ikke-klinisk population rapporterer spiseforstyrrelsessymptomer af klinisk betydning, herunder både subkliniske (7.2%) og kliniske (8%) symptomer. Den høje forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer fremstår bemærkelsesværdig høj set i lyset af Psykiatrifonden som anslår, at omtrent 3% af alle piger og kvinder i Danmark bliver diagnosticeret med spiseforstyrrelse (Psykiatrifonden.dk, n.d.). Det er dog væsentligt at forstå denne prævalens på baggrund af flere forhold. For det første må det tages i betragtning, at der eksisterer et betydeligt mørketal inden for spiseforstyrrelser, idet mange personer forbliver udiagnosticerede og derfor ikke indgår i de officielle prævalenstal (Sundhedsstyrelsen, 2021; Smink et al., 2012). For det andet skal der tages højde for, at nærværende undersøgelse bygger på screeningsdata af selvrapporterede spiseforstyrrelsessymptomer ved anvendelse af EDE-Q, men at dette værktøj ikke i sig selv er diagnostisk. Vi kan derfor ikke fastslå, om de identificerede symptomer nødvendigvis opfylder de fulde diagnostiske kriterier for en spiseforstyrrelse i henhold til ICD-10, da undersøgelsen ikke indeholder nogen klinisk vurdering eller grundig udredning. Det kan derfor antages, at undersøgelsens fundne prævalens af klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer er højere end det antal personer, der ville få stillet en klinisk diagnose ved en officiel udredning. Endvidere kan der argumenteres for, at vores undersøgelsespopulation er overrepræsenteret af unge kvinder, som netop er kendetegnet ved en markant højere prævalens af både spiseforstyrrelser og symptomer herpå, hvorfor en høj prævalens vil være forventeligt i vores sample. Dette peger på et udbredt og alvorligt problem blandt unge kvinder, som kræver øget opmærksomhed.

8.2.2 Kropsutilfredshed

Det er ikke kun ved overestimering og spiseforstyrrelsessymptomatologi, at kvinderne er markant overrepræsenterede. Også når det gælder oplevelsen af utilfredshed med egen krop, viser undersøgelsen, at kvinder konsekvent rapporterer en betydelig højere grad af kropsutilfredshed sammenlignet med mænd. Dette er et resultat, der

forekommer på tværs af alle tre målinger af kropsutilfredshed i undersøgelsen, særligt ved diskrepansen mellem deltagernes ønskede og estimerede mål. Det er ydermere i overensstemmelse med eksisterende forskning, der fastlægger, at kvinder generelt er mere utilfredse med deres krop sammenlignet med mænd (Segura-García et al., 2012; Feingold & Mazzella, 1998; Muth & Cash, 1997; Cooper & Fairburn, 1983). En række studier peger på, at dette skyldes, at kvinder i højere grad end mænd internaliserer kulturelle krops- og skønhedsideal og dermed er mere sårbare over for at udvikle en negativ kropsoptagelse (Artoni, 2024; Harrison & Hefner, 2006). Kropsutilfredshed synes således at være et gennemgående fænomen blandt kvinder, der både kan betragtes som en generel tendens i denne populationsgruppe, men også som et resultat af og en medvirkende faktor til udviklingen af spiseforstyrrelsessymptomer.

Følgende afsnit indeholder en mere dybdegående analyse og diskussion af de forskellige mål for kropsutilfredshed, hvilket bidrager til en mere nuanceret forståelse af kropsutilfredshed som et komplekst og mangesidet fænomen. Analysen understreger et behov for en kønsdifferentieret forståelse og tilgang i forskning og klinisk praksis.

8.2.2.1 BIDA

Ved BIDA er der fundet en generel lav grad af kropsutilfredshed for det samlede sample, hvilket umiddelbart antyder, at voksne danskere ikke er særligt utilfredse med deres kroppe. Nærmere undersøgelse viser dog, at hele ni deltagere (7.2%) rapporterer en klinisk relevant høj grad af kropsutilfredshed, idet de scorer over BIDA cut-off. Det er igen væsentligt at bemærke, at størstedelen af disse ni deltagere er kvinder (< 4 er mænd), hvilket er i overensstemmelse med tidligere resultater og eksisterende forskning (Sundhedsstyrelsen, 2021). Denne gruppe bør, til trods for dens lille størrelse, ikke undervurderes, da den peger på, at der findes en sårbar population med klinisk relevant kropsutilfredshed blandt danske kvinder i en ikke-klinisk population. Dette understreger vigtigheden af ikke kun at fokusere på gennemsnitlige tendenser i den generelle befolkning, men også at have øje for ekstreme eller klinisk belastede tilfælde.

Undersøgelsen af BIDA viser endvidere, at deltagerne med symptomer på en klinisk spiseforstyrrelse udviser en statistisk signifikant højere grad af kropsutilfredshed sammenlignet med deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer. Det fremgår endvidere af resultaterne på EDE-Q, hvor deltagerne med spiseforstyrrelses-

symptomatologi specifikt scorer højest på domænerne shape concern og weight concern, som angår henholdsvis bekymringer omkring krop og udseende samt utilfredshed med kropsvægt. De to domæner vurderer tilsammen kropsforvrængning (Cooper & Fairburn, 1989; Fairburn & Beglin, 1994) og nærmere bestemt dimensionen kropsutilfredshed ifølge vores konceptualisering. Dette er et forventeligt fund, idet kropsutilfredshed anses som risikofaktor for udviklingen af spiseforstyrrelser samt er et centralt symptom herpå (Segura-García et al., 2012; Sundhedsstyrelsen, 2021). Det er derfor ikke overraskende, at hvad der svarer til undersøgelsens kliniske gruppe, scorer væsentligt højere på kropsutilfredshed sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. På trods af højere niveauer af kropsutilfredshed blandt deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer blev der ikke påvist statistisk signifikante sammenhænge mellem EDE-Q og hverken BSE eller BPI. Der er derimod fundet statistisk signifikante sammenhænge hos deltagerne uden symptomer for både BSE 2D og 3D samt BPI 2D og 3D. At der ikke er fundet en statistisk signifikant sammenhæng blandt deltagerne med symptomer, skyldes sandsynligvis den begrænsede samplestørrelse ($n = 10$), som reducerer den statistiske styrke.

Det er bemærkelsesværdigt, at deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer (23.24) scorer væsentligt lavere på BIDA end de ni deltagere (35.19), der scorer over klinisk cut-off. Resultatet indikerer, at en markant kropsutilfredshed kan forekomme uden spiseforstyrrelsessymptomer. Dette fund åbner op for to mulige tolkninger: at nogle deltagere underrapporterer deres spiseforstyrrelsessymptomer, eller at klinisk relevant kropsutilfredshed optræder uafhængigt af en egentlig spiseforstyrrelsesproblematik. Det peger på en bekymrende tendens, hvor særligt unge kvinder udviser høje niveauer af kropsutilfredshed - uden at denne relateres til spiseforstyrrelsessymptomatologi. Dette understreger et samfundsmæssigt problem, hvor kropsutilfredshed ikke betragtes som en alvorlig problematik.

Som det fremgår af resultaterne, har samplets mænd og kvinder lignende score på samtlige BIDA domæner, hvorfor der ikke er fundet statistisk signifikante kønsforskelle. For kvinderne findes en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem kropsforvrængning (BSE cirkulært) og kropsutilfredshed på BD-scoren. Det vil sige, at jo større kropsforvrængning, desto mere kropsutilfredshed, udtrykt i forskellen mellem deres reelle og ideelle kropsofattelse. Dette fund er i overensstemmelse med en omfattende mængde af litteratur, som netop viser, at kvinder, sammenlignet med mænd, rapporterer en betydelig højere grad af kropsutilfredshed (Feingold &

Mazzella, 1998; Muth & Cash, 1997; Cash & Brown, 1989; Cooper & Fairburn, 1983). En nærliggende forklaring på dette er, at der på sociale medier hersker en særlig tyndhedskultur omkring kvindekroppen, ligesom der flourer tonsvis af billeder af urealistiske og perfekte skønhedsidealiser (Mallarm et al., 2023; [Spiseforstyrrelse.dk](https://www.spiseforstyrrelse.dk), n.d. a). Et resultat heraf kan blive, at kvinder bliver mere kropsbevidste og opmærksomme på egen krop og figur (Dittmar & Howard, 2004, Hargreaves & Tiggemann, 2003, Harrison, 2000, Palladino-Green & Pritchard, 2003, Stice et al., 2001, as cited in Harrison & Hefner, 2006).

Blandt de mandlige deltagere er der observeret negative, statistisk signifikante sammenhænge, som afviger fra forskning og teori indenfor kropsforvrængning og spiseforstyrrelser. Konkret ses en negativ sammenhæng mellem kropsforvrængning (BSE cirkulært) og kropsutilfredshed ved domænet SxBD. Dette indikerer, paradoksalt nok, at jo mere kropsforvrængning, jo mindre forskel er der mellem personens egen kropsopfattelse og det, de tror, det modsatte køn finder attraktivt. Ligeledes forekommer en negativ, statistisk signifikant sammenhæng mellem kropsutilfredshed ved CBD og spiseforstyrrelsessymptomer. Det indikerer, at jo mere spiseforstyrrelsessymptomatologi, desto mindre vurderer deltagerne, at deres krop afviger fra flertallet af mænd på samme alder. Begge sammenhænge er i direkte modstrid med det faktum, at en øget kropsforvrængning og kropsutilfredshed hænger positivt sammen med spiseforstyrrelsessymptomer. Disse resultater bør derfor tolkes med forsigtighed. Det er derfor oplagt at se nærmere på potentielle metodemæssige udfordringer. Først og fremmest er en central overvejelse, hvorvidt samplets mænd har en lavere kropsbevidsthed og derfor er mindre præcise til at estimere, sammenlignet med kvinderne. Dermed kan en overestimering være et udtryk for en manglende kropslig bevidsthed snarere end en forvrængning relateret til psykologisk belastning eller spiseforstyrrelsessymptomer. En anden faktor kan være designet af de illustrerede figurer anvendt i BIDA. I takt med at figurernes størrelse øges, stiger deres visuelle volumen og tykkelse samtidig - hvorfor disse fremstillinger kan opfattes som runde og overvægtige frem for store og muskuløse. Dette kan have medført, at mænd ikke opfatter en større figur som ønskværdigt, på trods af at andre målinger for kropsutilfredshed viser, at mændene ønsker sig en større krop. Dette kan forklare, hvorfor samplets mænd har valgt en visuelt mindre (og tilsyneladende slankere) figur som repræsentation for deres kropsideal, da den stemmer bedre overens med idealet om en slank, men muskuløs krop - trods det, at de ønsker sig en stor, muskuløs krop. Illustrationernes sammenblanding mellem en muskuløs og rund

krop kan således have forstyrret validiteten af målingen hos de mandlige deltagere. Dette peger på et behov for at udvikle kønsspecifikke og visuelt differentierede måleinstrumenter, der tydeligt adskiller en stor rund krop fra en stor muskuløs krop.

8.2.2.2 Ønsket og estimeret

Kropsutilfredshed, målt som diskrepansen mellem deltagernes ønskede og estimerede kropsstørrelse, finder væsentlige diskrepanser mellem de to mål og viser, at det samlede sample ønsker sig en mindre kropsstørrelse, end de tror, de har. Der er ydermere påvist statistisk signifikante sammenhænge mellem ønsket-estimeret og overestimering både lineært og cirkulært for BSE og BPI, hvilket understreger en tydelig tendens i samplet, hvor et ønske om en mindre kropsstørrelse er tæt forbundet med øget overestimering.

Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at der ved nærmere undersøgelse er påvist store kønsforskelle i kropsutilfredshed, både lineært og cirkulært, hvorfor kropsutilfredshed bør undersøges adskilt for mænd og kvinder. Først og fremmest ses der konsekvent væsentligt større forskelle mellem kvindernes ønskede og estimerede kropsmål, sammenlignet med mændenes, hvilket indikerer, at kvinderne er mere utilfredse med deres krop. Derudover er det ved alle fire målemetoder (lineært, cirkulært, BSE og BPI) påvist, at mens kvinderne ønsker sig en mindre kropsstørrelse, end deres opfattede kropsstørrelse, ønsker mændene sig omvendt en større kropsstørrelse. Det er dog vigtigt at tage højde for, at kvinder fortsat rapporterer en markant større kropsutilfredshed, hvilket også afspejles i, at kvinderne ønsker sig hele -27 cm mindre lineært og -52 cm mindre cirkulært, mens mændene kun ønsker sig 2.84 cm større lineært og 14.58 cm større cirkulært.

Undersøgelsen afslører altså ikke blot store kønsforskelle i graden af kropsutilfredshed, men også i retningen af utilfredsheden. At kvinder ønsker at være mindre, mens mændene ønsker at være større, afspejler veldokumenterede kropsidealer af den slanke kvinde og den store, muskuløse mand. Det kvindelige ideal om en tynd fremtoning får mange kvinder til at opleve en utilfredshed med deres vægt og får dem til at føle sig for overvægtige, mens det mandlige kropsideal om en stor og muskuløs fysik ofte får mænd til at føle sig for små og utrænede (Jones & Morgan, 2010; Harvey & Robinson, 2003). At undersøgelsens resultater om kropsutilfredshed stemmer overens med de samfundsmæssige dominerende kropsidealer peger på, at kropsutilfredshed i

høj grad er formet af kulturelle og sociale forventninger til, hvordan kroppen skal se ud. At kvinderne ønsker en mindre kropsstørrelse, kan således opfattes som et ønske om at opnå tyndhed, mens mænds ønske om en større kropsstørrelse kan forstås som et ønske om at opnå det mandlige ideal om en stor og muskuløs krop (Furnham et al., 2002).

Udover den observerede kønsspecifikke tendens hos det samlede sample, er et andet bemærkelsesværdigt fund, at de 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomatologi udviser en markant højere kropsutilfredshed - også ved dette mål. Dette afspejles ved tre gange så stor diskrepans mellem ønskede og estimerede mål sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomatologi.

En sammenligning af ønskede kropsmål mellem samplets kvinder og de 10 deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer viser et bemærkelsesværdigt resultat, nemlig at de to grupper stræber efter de samme ønskede kropsmål. Dette tyder på, at et ønske om en mindre kropsstørrelse er udbredt blandt unge kvinder generelt og ikke nødvendigvis er forstærket hos unge kvinder med spiseforstyrrelsessymptomer. Undersøgelsens fund peger således på, at personer med spiseforstyrrelser ikke nødvendigvis ønsker sig en mindre krop end andre unge kvinder uden en spiseforstyrrelse. Dette fremhæver, at det patologiske findes i oplevelsen af egen krop. For personer med en spiseforstyrrelse - og forvrænget kropsopfattelse - er ønsket om en mindre krop baseret på en urealistisk og forvrænget vurdering. De opfatter deres krop som markant større, end den i virkeligheden er, hvilket gør ønsket om en mindre krop både mere ekstremt og farligt. En sådan forvrængning indebærer, at individet ikke selv kan se, hvornår det ideelle kropsideal er opnået - og hvornår kroppen er blevet patologisk undervægtig. Dette understreger, at det ikke er selve ønsket om en mindre kropsstørrelse, der er patologisk for en forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelse, men det snarere er graden af forvrængning samt den omfattende emotionelle værdi, som ønsket tillægges. At undersøgelsens deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer har højere diskrepanser mellem ønsket og faktisk, er således ikke en afspejling af et afvigende ønskede mål, men snarere en afspejling af deres markante overestimering på de estimerede mål.

8.2.2.3 Ønsket og faktisk

Undersøgelsen fandt endvidere væsentlige diskrepanser mellem deltagernes ønskede og faktiske kropsmål. Ved dette mål ses der andre resultater end ved målet ønsket-estimeret. Her er samtlige diskrepanser positive, og der findes umiddelbart en modsat kønsmæssig tendens, hvor der her er observeret større diskrepanser hos samplets mænd sammenlignet med kvinderne. Som tidligere nævnt, kræver resultaterne for dette mål dog en mere nuanceret fortolkning end målet for ønsket-estimeret. Det bør inddrages i fortolkningen, at størstedelen af deltagerne i undersøgelsen overestimerer deres kropsstørrelse og dermed tror, de er større, end de er samtidig med, at de ønsker en mindre kropsstørrelse, end de tror, de har.

Tolkningen af dette mål for kropsutilfredshed illustreres med et eksempel, der er beskrivende for samplets generelle tendens: en deltager estimerer sit skuldermål til at være 50 cm, ønsker et mål på 30 cm og har et faktisk skuldermål på 40 cm. Grundet en fejlagtig opfattelse af, at være større, end man faktisk er, bliver det angivne ønskede mål større end det faktiske mål, hvorfor der opstår en positiv forskel på 10 cm. Det ønskede mål er altså ikke baseret på det faktiske mål, men på deltagerens egen opfattelse af sin kropsstørrelse. Et sådant resultat indikerer dermed ikke nødvendigvis utilfredshed med den faktiske kropsstørrelse, men er snarere et udtryk for deltagerens kropsopfattelse, og hvordan denne påvirker deltagerens ønskede krop. Dette mål kræver derfor en nuanceret fortolkning og skal analyseres i sammenhæng med den opfattede kropsstørrelse.

Der er fundet en kønsforskel mellem mænd og kvinder, målt cirkulært, hvor samplets mænd har større positive resultater end kvinderne. For at tolke resultatet korrekt, er det igen vigtigt at tage højde for, at samplets mænd overestimerer deres kropsstørrelse - men i mindre grad end kvinderne - og ønsker sig en større krop end deres estimerede krop. Dette illustreres igen med et konkret eksempel. En mand estimerer, at hans skuldermål er 50 cm, ønsker et mål på 60 cm og har i virkeligheden et skuldermål på 45 cm. Han overestimerer altså sit kropsmål - men i mindre grad end kvinderne - og ønsker sig yderligere 10 cm større. I alt en forskel på 15 cm. Det større resultat skyldes således ikke, at samplets mænd har en større utilfredshed med kroppen men snarere, at mændene både overestimerer deres kropsstørrelse og samtidig ønsker sig en større kropsstørrelse. Det vil sige, at målet også indikerer en større grad af kropsutilfredshed hos kvinderne sammenlignet med mændene. Fundet indikerer, at

kropsutilfredshed kan være mere udtalt hos mænd, end det umiddelbart fremstår. Mænds stræben efter en større krop medfører en større afvigelse mellem oplevet og ønsket krop, hvilket skaber en større afvigelse til et klinisk relevant niveau - idet en højere score i denne målemetode tolkes som udtryk for en lavere utilfredshed. Dette øger risikoen for, at klinisk relevant kropsutilfredshed overses hos mænd, da eksisterende måleredskaber ikke i tilstrækkelig grad indfanger kønsspecifikke forskelle i kropsidealer og kropsopfattelse.

Samme tendens ses blandt deltagerne med spiseforstyrrelsessymptomer, hvor den observerede diskrepans mellem ønsket-faktisk er markant mindre sammenlignet med deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer.

8.2.2.4 Kropsutilfredshed i et kønsperspektiv

At kvinder i højere grad end mænd oplever kropsutilfredshed, overestimerer deres egen kropsstørrelse og er markant overrepræsenteret blandt personer med spiseforstyrrelser, peger på en kønsspecifik sociokulturel sårbarhed. Samfundets kvindelige kropsideal, som centrerer sig omkring tyndhed og lav kropsvægt, synes at udgøre en markant risikofaktor for udviklingen af spiseforstyrrelsessymptomer. Idealet om tyndhed skaber et betydeligt pres for vægttab, hvilket ofte udmønter sig i adfærd såsom restriktiv spising og overdreven fysisk træning - begge centrale risikofaktorer i udviklingen af spiseforstyrrelser. Trods det, at mænd i lavere grad rammes af spiseforstyrrelsessymptomer, kan det mandlige kropsideal også indebære en potentiel udvikling af uhensigtsmæssig adfærd. Dette ideal indebærer ikke blot en høj muskelmasse, men også en lav fedtprocent, som for mange kan være uopnåeligt. Dette kan bidrage til udviklingen af en problematisk kropsopfattelse og adfærd, som ofte manifesteres ved overdreven træning, ekstreme kostvaner og brug af præstationsfremmende midler såsom anabole steroider. Begge køns kropsidealer kan altså føre til kropsbillede problematikker og uhensigtsmæssige adfærdsmønstre, men alt andet lige er kvinderne tydeligt overrepræsenteret hvad angår kropsutilfredshed og spiseforstyrrelsessymptomatologi - både i denne undersøgelse og på tværs af forskningen. Det indikerer, at det kvindelige ideal om tyndhed, trods de risici, der er forbundet med det mandlige ideal, er mere skadeligt i et folkesundhedsperspektiv end det mandlige. Undersøgelsens resultater og forskningen indikerer, at det kvindelige kropsideal er blevet en sundhedsmæssig risikofaktor, der bidrager til et bekymrende mønster af usunde kropsbilledeproblematikker og

sygelig spiseadfærd. Der er behov for en kritisk refleksion over de kropsidealer, der formidles til særligt unge mennesker, samt en øget forebyggende indsats med fokus på kropsdiversitet og kropsaaccept.

8.2.3 Forvrænget kropsovfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi

Som det fremgår af resultatafsnittet, viser undersøgelsen en positiv og statistisk signifikant sammenhæng mellem graden af kropslig overestimering, målt ved både BSE og BPI, og spiseforstyrrelsessymptomatologi. Der er ligeledes påvist en positiv, statistisk signifikant sammenhæng mellem kropsovfattelse, målt ved BIDA, og spiseforstyrrelsessymptomer. Disse fund indikerer, at en større grad af overestimering og kropsovfattelse er forbundet med en øget forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer. Eftersom overestimering og kropsovfattelse udgør de centrale dimensioner af forvrænget kropsovfattelse, kan det konkluderes, at graden af forvrænget kropsovfattelse er associeret med graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi i en ikke-klinisk population af voksne danskere. Resultaterne peger således på, at jo større grad af forvrænget kropsovfattelse, desto flere spiseforstyrrelsessymptomer.

Dette understreger relevansen af at betragte forvrænget kropsovfattelse som en central risikofaktor i udviklingen af spiseforstyrrelsesrelateret adfærd, også uden for kliniske populationer. Samtidig tydeliggør fundene behovet for en kønsdifferentieret tilgang til forvrænget kropsovfattelse i både forskning og klinisk praksis.

8.3 Estimering af specifikke kropsmål

Som det fremgår af BSE-forvrængningsscorerne, forekommer den største grad af overestimering lineært ved henholdsvis skulder, lår, hofte, talje og bryst, og cirkulært ved talje, skulder, hofte, bryst og lår. Sammenfaldet i hvilke kropsofdele der er kendetegnet ved størst forvrængning på tværs af målemetoderne indikerer, at netop disse kropsofdele har en særlig stor betydning for individets kropsovfattelse. At rækkefølgen varierer mellem metoderne kan afspejle metodiske forskelle i, hvordan deltagerne forholder sig til kroppens dimensioner todimensionelt og tredimensionelt.

Særligt interessant er det, at gruppen med spiseforstyrrelsessymptomer som den eneste konsekvent overestimerer skuldermålet mest ved begge målemetoder. Dette peger på, at skuldrene udgør en særlig belastet kropsofdel i denne gruppes

kropsopfattelse. En mulig forklaring kan være, at personer med spiseforstyrrelses-symptomatologi har en hypersensitivitet over for kropsbredde, som kan være forankret i en grundlæggende angst for at fremstå stor eller bred. Særligt skuldrene adskiller sig ved at deres bredde i højere grad er bestemt af knoglestrukturen og i mindre grad kan påvirkes gennem vægttab. Selv ved en meget lav kropsvægt kan skuldrene derfor fremstå som relativt brede sammenlignet med resten af kroppen. Som forventet viser resultaterne desuden, at deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer betydeligt mere på samtlige kropsmål sammenlignet med deltagere uden symptomer. Dette bekræfter igen tendensen til kropsforvrængning i denne gruppe.

At undersøgelsen finder størst forvrængning ved skulder og talje er i tråd med tidligere forskning, som peger på, at særligt skuldre, talje og hofter er følsomme områder i forbindelse med kropsforvrængning hos personer med spiseforstyrrelser (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997; Tuschen-Caffier et al., 2015; Ciwoniuk et al., 2022). Det forhold, at de samme kropsdele ligeledes overestimeres i en ikke-klinisk population, indikerer, at disse kropsdele også her spiller en central rolle i individets kropsopfattelse.

Den betydelige overestimering af skuldrene giver anledning til metodiske overvejelser om, hvorfor netop dette mål er særligt sensitivt over for systematisk overestimering i den ikke-kliniske population. En nærliggende forklaring er, at skuldrene typisk udgør kroppens bredeste punkt, og dermed også er det objektivt største mål. Større mål er generelt forbundet med en højere måleusikkerhed, hvilket i sig selv øger sandsynligheden for fejlestimering. En anden forklaring kan være, at skuldrene er uden for deltagernes direkte synsfelt. Til forskel fra eksempelvis hofter eller lår er skuldrene sværere at se direkte uden brug af et spejl. Dette betyder, at deltagernes estimering af skuldermålet i højere grad er baseret på en kropslig følelse og hukommelse frem for visuel feedback, hvilket potentielt øger risikoen for fejlsvurdering. Dertil kommer, at skuldermålet præsenteres som det første mål, deltagerne skal angive i begge målemetoder. Det er derfor sandsynligt, at deltagerne på dette tidspunkt endnu ikke har opnået fuld fortrolighed med metoden, hvilket kan give anledning til begyndervanskeligheder, som potentielt har præget deres estimeringer.

At taljen er forbundet med størst overestimering ved det cirkulære mål, med undtagelse af gruppen med spiseforstyrrelse, er i tråd med tidligere forskning, som finder, at maveområdet er genstand for markant overestimering (Ciwoniuk et al., 2022). Dette skyldes, at maven ofte vurderes negativt og er forbundet med

kropsutilfredshed (Ciwoniuk et al., 2022). Da nærværende undersøgelse ikke inkluderer et specifikt mål for maven, må taljemålet anses som den nærmeste repræsentation heraf. Som nævnt, har taljemålet særlig følelsesmæssig betydning hos personer med spiseforstyrrelse (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997), men det lader til at dette også ses hos ikke-kliniske grupper. Det er derudover nærliggende at betragte den høje forvrængning af taljemålet i lyset af bredere kulturelle idealer som en afspejling af det vestlige ideal om en smal talje - særligt for kvinder (Dr.dk, 2016). Det er derfor nærliggende at forstå denne høje forvrængning som et resultat af et historisk og vedvarende kulturelt kropspres, hvor kvindekroppen gennem århundreder er blevet formet ved hjælp af elastikker og korsetter med det formål at opnå en så lille talje som muligt (Dr.dk, 2016). Ud fra denne forklaringsmodel understreger fundet, at kulturelle normer integreres i individets kropsopfattelse. Bemærkelsesværdigt er det desuden, at undersøgelsens mandlige deltagere også udviser størst overestimering ved talje, efterfulgt af skuldre og bryst. Dette fund stemmer overens med forskning af Gila et al. (2005), som identificerede, at netop talje, skuldre og bryst er de kropsmål, som er mest forvrængede blandt mænd i en rask kontrolgruppe.

Samlet peger fundene på, at deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer i vid udstrækning tillægger de samme kropsområder følelsesmæssig betydning som deltagere med spiseforstyrrelser - om end i mindre grad. Dette afspejles i, at de største forvrængninger i det ikke-kliniske sample findes ved de kropsdele, der traditionelt forbindes med kropsforvrængning i kliniske grupper (Mölbart et al., 2017; Cash & Deagle, 1997; Tuschen-Caffier et al., 2015; Ciwoniuk et al., 2022). Samtidig peger undersøgelsen på, at disse mønstre også må forstås i lyset af metodiske forhold. Ikke desto mindre indikerer fundene, at bestemte kropsregioner ofte er forbundet med idealiserede og kulturelle kropsidealer, og at disse har stor betydning for individets kropsopfattelse.

8.4 Estimering af anden person

Ved deltagernes estimering af en anden persons kropsmål ses der tilmed en væsentlig tendens til overestimering hos samplet, målt både lineært og cirkulært. Fundet gælder på tværs af køn, og der er ikke identificeret nogen statistisk signifikant forskel mellem samplets kvinder og mænd. Resultaterne viser en positiv og statistisk signifikant

sammenhæng mellem estimeringen af egen kropsstørrelse og estimeringen af andres kropsstørrelse, hvilket indikerer, at individer med tendens til at overestimere egen krop ligeledes har tilbøjelighed til at overestimere andres. Dette peger på en tendens i samplet, hvor systematisk kropslig overestimering i en ikke-klinisk population rækker ud over individets forhold til deres egen krop og har implikationer for, hvordan kroppe generelt opfattes og vurderes.

Ved nærmere undersøgelse overestimerer samplets mænd 2. person mere end kvinderne. I fortolkningen af samplets mandlige deltagers estimering af 2. person, bør det metodologiske forhold, at de estimerede en person af modsatte køn, inddrages i fortolkningen. Dette har medført, at mændene har estimeret en krop, der ikke ligner deres egen, i modsætning til kvinderne. Det rejser en relevant metodologisk overvejelse om, hvorvidt en kønsforskel mellem deltageren selv og 2. person kan have påvirket estimeringsnøjagtigheden, og om resultaterne ville have set anderledes ud, hvis deltagerne havde estimeret en person af samme køn. At mændene har estimeret en kvindes krop, kan være en mulig forklaring på deres overestimering af 2. person, idet deres egen krop, som ofte er fysisk større, ubevidst kan have fungeret som reference-ramme. Dette kan have forskudt deres estimering og dermed have bidraget til en overestimering af 2. person. En anden forklaring på mændenes overestimering kan være, at mænd generelt har en lavere kritisk opmærksomhed mod kroppen og en mindre tilbøjelighed til at internalisere samfundets kropsidealer, sammenlignet med kvinder (Calogero et al., 2011), og derfor er mindre sensitive over for kropslige detaljer. En sådan forklaring harmonerer med undersøgelsens fund af, at samplets mænd har en lav grad af kropstilfredshed.

Endeligt bør det overvejes, at vurderingen af en anden persons krop kan have været en grænseoverskridende oplevelse, hvilket flere deltagere også eksplicit gav udtryk for under dataindsamlingen. Denne oplevelse af ubehag kan potentielt have haft særlig betydning for de mandlige deltagere, som skulle estimere en 2. person af det modsatte køn, hvor kønsforskellen muligvis kan have gjort vurderingen endnu mere grænseoverskridende. Et sådant oplevet psykologisk ubehag kan have kompromitteret deltagernes ærlighed og præcision i estimeringen, eksempelvis ved at angive forsigtige eller upræcise estimater for at minimere situationens varighed. Menneskelige, sociale og emotionelle faktorer kan dermed have påvirket estimererne og bør inddrages som en potentiel bias i tolkningen af resultaterne. Det skal dog nævnes, at for at minimere en oplevelse af ubehag hos deltageren, blev den 2. person bedt om at forlade lokalet

under selve estimeringen. Til trods herfor blev situationen stadig italesat af flere deltagere som svær og grænseoverskridende, hvilket peger på, at den sociale kontekst ikke fuldt ud kunne neutraliseres. Det er således plausibelt, at ovenstående forhold har haft indflydelse på estimeringens præcision - ikke blot blandt de mandlige deltagere, men på tværs af det samlede sample - og dermed kan bidrage til at forklare den generelle tendens til overestimering.

Det fremgår endvidere af resultaterne, at deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer overestimerer den 2. persons kropsstørrelse i højere grad end deltagerne uden spiseforstyrrelsessymptomer. Dette resultat synes umiddelbart at udfordre tidligere forskning, hvor kropslig overestimering hos personer med spiseforstyrrelse forstås som et psykologisk symptom, der primært er rettet mod individets egen krop snarere end en generelt perceptuel eller kognitiv bias (Benninghoven et al., 2007). Det aktuelle fund indikerer i stedet, at overestimering ikke nødvendigvis er begrænset til selvbilledet, men potentielt omfatter vurderingen af andres kroppe. Dette peger i retning af, at individer, både med og uden klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer, udvikler negative og forstyrrede kropsskemaer, som ikke blot præger deres egen selvopfattelse, men også influerer perceptionen af andres kroppe. En mulig forklaring er, at internaliserede kropsidealer om tyndhed skaber en kritisk opmærksomhed på selv små afvigelser fra det idealiserede kropsbillede. I et sådant tilfælde vil en overestimering af andres kroppe være et udtryk for et negativt kropsskema, hvor både egen og andres kroppe vurderes herudfra, med et forstyrret og overdrevent fokus på kropsstørrelse og form. I dette perspektiv kan individets negative kropsovfattelse antages at påvirke vurderingen af andres kroppe. Ud fra denne forklaringsmodel bør resultaterne således tolkes som en indikation på, at forvrænget kropsovfattelse ikke udelukkende er et selvorienteret symptom, men potentielt har en bredere karakter hvor internaliserede idealer også reproduceres i vurderingen af andre. Det er dog vigtigt at understrege, at deltagerne overestimerer deres egen kropsstørrelse mere, end de overestimerer 2. person. Omvendt kan resultaterne skyldes, at undersøgelsens deltagere med selvrapporterede spiseforstyrrelsessymptomer ikke nødvendigvis opfylder kriterierne for en klinisk spiseforstyrrelse, hvilket rejser spørgsmålet om, hvorvidt den observerede sammenhæng reelt afspejler klinisk relevante forskelle, eller om den snarere er udtryk for en generel tendens til overestimering hos en ikke-klinisk population.

8.5 Kønsforskelle i en ikke-klinisk population

Det er væsentligt at understrege, at denne undersøgelse har fundet markante kønsforskelle i forekomsten og udtrykket af forvrænget kropsopfattelse i en ikke-klinisk population af voksne danskere, men at disse kønsforskelle sandsynligvis ikke vil gøre sig gældende i kliniske populationer af patienter med spiseforstyrrelse. Tidligere forskning viser nemlig, at der kun findes få kliniske forskelle mellem mænd og kvinder blandt personer diagnosticeret med spiseforstyrrelse (Jacob et al., 2001; Gila et al., 2005). Dette gør sig eksempelvis gældende hos AN og BN-patienter, som har samme spiseforstyrrelsessymptomatologi, herunder en markant overvurdering af figur og vægt samt et udtalt ønske om en slank krop, uanset køn (Boyd et al., 2017; Fairburn & Harrison, 2003). I kliniske populationer synes symptombilledet således i høj grad at være kønsneutralt, hvilket peger på, at køn spiller en væsentlig rolle i risikofaktorer og symptombilledet i almenbefolkningen, udlignes disse forskelle potentielt i takt med lidelsens udvikling og intensivering. Det antyder, at de observerede kønsforskelle i en ikke-klinisk population afspejler sociale og kulturelle normer snarere end psykopatologiske processer. Dette understreger et behov for, at fremtidig forskning undersøger forvrænget kropsopfattelse adskilt mellem mænd og kvinder i både kliniske og ikke-kliniske populationer, samt en nærmere undersøgelse af, hvordan kønsspecifikke idealer former udviklingen af forvrænget kropsopfattelse, og hvordan disse faktorer kan ændre karakter i takt med, at forvrængningen intensiveres og bliver patologisk.

8.6 Livskvalitet

Undersøgelsens resultater viser, at samplets gennemsnitlige livskvalitet målt ved WHOQOL er tilsvarende de normative værdier for den danske befolkning, rapporteret af Noerholm et al. (2004), som indikerer et generelt højt niveau af livskvalitet. Dette fund er forventeligt for den danske befolkning, som i mange år har været anerkendt for en høj grad af trivsel og længe har været placeret som nummer to globalt i FN's World Happiness Report (Helliwell et al., 2025).

8.6.1 Livskvalitet og overestimering

Som det fremgår af resultaterne, er der ikke identificeret nogen direkte statistisk signifikante sammenhænge mellem livskvalitet og graden af overestimering, hverken målt ved BSE eller BPI. Dette fund udfordrer eksisterende antagelser i forskningsfeltet, idet der kan forventes, at en høj grad af kropsforvrængning vil være forbundet med en lavere livskvalitet og trivsel (Moss & Larkin, 2009; Noerholm et al., 2004), særligt blandt unge kvinder, hvor kroppen spiller en central rolle. Fraværet af en statistisk sammenhæng mellem overestimering og nedsat livskvalitet kan forklares af en potentiel tilvænning. I en kulturel kontekst, hvor urealistiske idealer og et negativt kropsbillede er blevet normativt, kan sådanne opfattelser være blevet integreret som en naturlig del af individets selvforståelse og livssituation. Deltagerne identificerer muligvis ikke deres kropsforvrængning som en væsentlig belastning, hvorfor den ikke har haft en indflydelse på deres selvrapporterede livskvalitet. En anden forklaring kan være, at BSE metoden primært måler perceptuelle aspekter af forvrænget kropsopfattelse og i mindre grad indfanger affektive og holdningsmæssige dimensioner, som er stærkere forbundet med psykologisk velbefindende (Mölbart et al. 2017; Gardner & Brown, 2014; Farrell et al., 2005). Det er derfor relevant at undersøge mere holdningsmæssige aspekter, blandt andet ved hjælp af deltagernes spiseforstyrrelsessymptomatologi og kropstillfredshed, som potentielt kan give en bedre indsigt i hvordan forvrænget kropsopfattelse relaterer sig til deltagernes livskvalitet.

8.6.2 Livskvalitet og spiseforstyrrelsessymptomatologi

Undersøgelsen identificerer en moderat, negativ, statistisk signifikant sammenhæng mellem graden af spiseforstyrrelsessymptomer og oplevet livskvalitet. Dette indikerer, at jo mere udtalte spiseforstyrrelsessymptomer, desto lavere livskvalitet rapporteres. Når livskvalitet undersøges på domæneniveau, fremstår dette billede endnu tydeligere, idet der findes stærke, negative, statistisk signifikante sammenhænge mellem spiseforstyrrelsessymptomatologi og de tre livskvalitetsdomæner: psykologisk, fysisk og miljø. Den stærkeste negative sammenhæng er observeret ved det psykologiske domæne, hvilket peger på, at spiseforstyrrelsessymptomer i særlig grad har en negativ indflydelse på individets psykologiske trivsel. Dette underbygges yderligere af

analysen af de gennemsnitlige domænescorer, hvor deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer konsekvent rapporterer lavere livskvalitet på samtlige domæner, sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. Forskellene er statistisk signifikante på tre domæner: psykologisk, fysisk og miljø. Den største forskel fremstår også her ved det psykologiske domæne, hvor deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer i gennemsnit scorer hele 24.73 point lavere end deltagerne uden. Dette resultat bekræfter fundet af den statistisk stærkeste negative sammenhæng i dette domæne og fremhæver, at spiseforstyrrelsessymptomer særligt belaster individets psykologiske trivsel. Dette fund stemmer overens med eksisterende forskning, som viser, at spiseforstyrrelser er tæt forbundet med betydelig psykisk mistrivsel, samt at mistrivsel ofte er til stede længe før en spiseforstyrrelse udvikler sig til en diagnosticerbar lidelse (Sundhedsstyrelsen, 2021). I det fysiske domæne er der observeret en forskel på 13.32 point, og i miljø domænet en forskel på 10.3 point. Disse fund peger på, at spiseforstyrrelsessymptomer hæmmer individets fysiske funktionsniveau og oplevelsen af stabilitet i omgivelser og livsvilkår. Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens (2021) vurdering, som fremhæver, at personer med spiseforstyrrelser ofte oplever begrænsninger i almindelig håndtering af dagligdagen samt nedsat evne til at fastholde uddannelse og job som konsekvens af de omfattende psykiske og fysiske belastninger, lidelsen medfører. Det sociale domæne adskiller sig ved ikke at vise en statistisk signifikant forskel mellem deltagere med og uden spiseforstyrrelsessymptomer. Den observerede forskel på 1.26 point tyder på, at sociale relationer i mindre grad påvirkes af spiseforstyrrelsessymptomer i en ikke-klinisk population. En mulig forklaring kan være, at symptomniveauet i dette sample ikke har været invaliderende i sådan en grad, at det mærkbart har forringet deltagerens sociale funktion. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2021) påvirker spiseforstyrrelser sociale relationer negativt, særligt forholdet til nære pårørende som familie og venner. Det indre følelsesmæssige kaos, der kendetegner lidelsen, gør det vanskeligt at opretholde nære relationer og kan føre til øget konflikt-niveau, social tilbagetrækning og undgåelsesadfærd (Sundhedsstyrelsen, 2021). Omvendt kan sociale relationer, og særligt stabile familieforhold, også fungere som en beskyttende faktor mod alvorlig funktionsnedsættelse, da tætte relationer udgør en vigtig ressource i både håndteringen af symptomer, behandling og opretholdelse af daglig funktion (Andersen, 1999; Sundhedsstyrelsen, 2021).

Samlet set fremhæver ovenstående resultater således, at spiseforstyrrelsessymptomatologi er tæt forbundet med nedsat livskvalitet, og har en omfattende negativ

indvirkning på flere centrale aspekter af individets livskvalitet, herunder særligt hvad angår psykologisk velbefindende. Dette er i overensstemmelse med eksisterende forskning, der dokumenterer, at personer med dårlig mental sundhed eller psykisk sygdom oplever lavere livskvalitet sammenlignet med raske personer, målt ved WHOQOL (Skevington, 1999; Bonomi et al., 2000). Dette er også påvist i normgruppen af voksne danskere, hvor deltagere med selvrapporteret psykisk sygdom scorede markant lavere på alle fire domæner - også her med størst nedgang i det psykologiske domæne (Noerholm et al., 2004).

8.6.3 Livskvalitet og kropsutilfredshed

Undersøgelsen finder negative, statistisk signifikante sammenhænge mellem kropsutilfredshed og livskvalitet på tværs af samtlige domæner på WHOQOL og BIDA, hvilket indikerer en robust og gennemgående tendens: jo højere grad af kropsutilfredshed, desto lavere oplevet livskvalitet. Dette fund understreger, at kropsutilfredshed, som udtryk for den holdningsmæssige dimension af forvrænget kropsopfattelse, har vidtrækkende og dybtgående konsekvenser for individets generelle trivsel, både fysisk, psykologisk, socialt og miljømæssigt. Sammenhængen gør sig desuden gældende på tværs af køn, hvilket indikerer, at kropsutilfredshed påvirker både mænd og kvinder på tilsvarende vis. Dette understreger en universel påvirkning og alvorsgrad af kropsutilfredshed på trods af, at kropsutilfredshed er særligt kendt blandt kvinder. Fraværet af denne statistiske sammenhæng hos de 10 deltagere med klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer skal tolkes med forsigtighed. Som tidligere redegjort for, svækker den begrænsede samplestørrelse i denne undergruppe ($n = 10$) den statistiske styrke og øger risikoen for type II-fejl, hvorfor den manglende sammenhæng ikke nødvendigvis afspejler fraværet af en reel sammenhæng. Dette er tilmed understøttet af, at netop denne gruppe, som tidligere nævnt, scorer statistisk signifikant lavere på livskvalitet og højere på kropsutilfredshed, sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. En alternativ forklaring kan være, at andre faktorer, såsom angst, depression, lav selvfølelse og generel psykisk mistrivsel, har en stærkere negativ indvirkning på livskvaliteten i denne gruppe og dermed overskygger effekten af kropsutilfredshed. Spiseforstyrrelser er, som bekendt, gennemgribende lidelser, som medfører betydelige funktionsnedsættelser (Sundhedsstyrelsen, 2021). Det er derfor

sandsynligt, at andre faktorer i højere grad dominerer individets oplevelse af en lav livskvalitet, hvilket kan forklare hvorfor netop sammenhængen mellem kropstillfredshed og livskvalitet ikke står tydeligt frem i de statistiske analyser trods gruppens markante belastningsniveau.

8.6.4 Symptomer på angst og depression

Med henblik på at nuancere forståelsen af deltagernes livskvalitet har vi undersøgt, hvordan symptomer på angst og depression relaterer sig til deltagernes livskvalitet, samt hvordan disse symptomer korrelerer med kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomatologi.

Undersøgelsen finder et overordnet lavt angstniveau i samplet, målt ved både STAI-state og STAI-trait, samt et generelt lavt niveau af depression. Disse resultater indikerer en generel psykisk trivsel i samplet, hvilket også er forventeligt for en ikke-klinisk population. Ved nærmere undersøgelse viser underliggende fordelingsstal dog, at en ikke-ubetydelig andel af deltagerne rapporterer moderate til høje angstniveauer, særligt blandt samplets kvinder, hvor henholdsvis 20% ($n = 18$) og 27.8% ($n = 25$) scorer højt på situationel og generel angst. Disse resultater indikerer således en vis psykisk belastning blandt samplet trods det generelt lave gennemsnitsniveau hos det samlede sample. Der er fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem overestimering (målt ved BPI cirkulært) og både situationel og generel angst. Disse resultater antyder, at jo større kropslig overestimering, desto højere angstniveau både situationelt og generelt. Disse fund peger på, at øget angst kan bidrage til større overestimering eller omvendt. Der er endvidere fundet stærke, positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem spiseforstyrrelsessymptomer og situationel og generel angst. Disse resultater er i overensstemmelse med forskning, der dokumenterer en tæt sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og forhøjede angstniveauer (Swinbourne et al., 2012), og understøtter antagelsen om, at angst er en central komorbid tilstand ved spiseforstyrrelser.

Trods det samlede sample har en generelt lav grad af depressive symptomer, viser nærmere undersøgelse, at ni kvindelige deltagere (10%) rapporterer en symptombelastning svarende til moderat-svær depression. En sådan forekomst af moderat-svær depression i en ikke-klinisk population understreger, at der eksisterer betydelige psykologiske udfordringer blandt voksne danskere, særligt hos kvinder. Undersøgelsen

viser, at deltagerne med klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer udviser et signifikant højere depressionsniveau. Der er i overensstemmelse hermed fundet en statistisk signifikant moderat, positiv sammenhæng mellem depression og spiseforstyrrelsessymptomer, hvilket indikerer, at jo højere en grad af spiseforstyrrelsessymptomer, desto højere depressionsniveauer. Dette er i overensstemmelse med eksisterende forskning, der dokumenterer komorbiditet mellem spiseforstyrrelser og depression (Regina, 1998; Junne et al., 2016; Tomba et al., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2005; Cioniuk et al., 2022; Blashill & Wilhelm, 2014).

8.6.5 Opsamling

Undersøgelsen finder altså generelt høj livskvalitet samt lave niveauer af angst og depression hos den samlede ikke-kliniske population af voksne danskere. Blandt deltagerne med klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer, peger undersøgelsens fund dog på, at disse deltagere udviser en statistisk signifikant nedsat livskvalitet både psykologisk, fysisk og miljømæssigt, sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer, samt højere angst- og depressionsniveauer. Dette vidner om, at en betydelig psykologisk belastning optræder i sammenhæng med symptomer på spiseforstyrrelse. Fundene stemmer overens med forskningslitteraturen, der dokumenterer en tæt sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og dårlig trivsel samt komorbide lidelser såsom angst og depression (Casper, 1998; Junne et al., 2016; Tomba et al., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2005; Swinbourne et al., 2012). Disse fund understreger spiseforstyrrelseres alvorsgrad og de omfattende konsekvenser, som de medfører.

8.7 Forvrænget kropsopfattelse hos en ikke-klinisk population

Vores resultater viser bemærkelsesværdige diskrepanser mellem deltagernes estimaterede og faktiske kropsstørrelse, hvilket indikerer en udbredt og relativt høj grad af forvrænget kropsopfattelse i vores ikke-kliniske population. Den kliniske cut-off værdi er her anvendt til at afgrænse, hvornår kropslig overestimering bevæger sig fra et alment fænomen til et potentielt patologisk symptom. De beregnede kliniske cut-off værdier viser, at en global BSE værdi på 44.77 cm lineært og 104.3 cm cirkulært, i højere grad karakteriserer en klinisk population end en ikke-klinisk population. Set i dette lys er det bemærkelsesværdigt, at den gennemsnitlige globale overestimering for

det samlede sample (39.98 cm lineært, 85.24 cm cirkulært) ligger tæt på disse grænseværdier - især for det lineære mål, hvor gennemsnittet ligger under 5 cm fra grænsen. Konkret er den gennemsnitlige overestimering henholdsvis -10.7% og -18.3% mindre end de kliniske cut-off værdier. Dette antyder, at der i vores ikke-klinisk population af voksne danskere findes et forholdsvist højt niveau af kropsforvrængning, der nærmer sig det, man typisk vil se i en klinisk gruppe med spiseforstyrrelse.

Opdelt i køn overestimerer samplets kvinder lineært (47.45 cm) over klinisk cut-off (44.77 cm), hvilket indikerer, at kvinderne udviser en grad af kropsforvrængning, der kan opfattes som klinisk relevant. Dette fund understreger alvoren og udbredelsen af kropsbilledeproblematikker blandt kvinder i ikke-kliniske populationer og peger på et tydeligt behov for tidlig identifikation og forebyggende indsatser målrettet særligt unge danske kvinder. Samplets mænd scorer markant under de kliniske cut-off værdier på både det lineære og det cirkulære mål. Dette tyder på, at mændene i samplet ikke oplever en klinisk relevant grad af kropsforvrængning, hvilket stemmer overens med tidligere resultater og forskning.

I lyset af de beregnede kliniske cut-off værdier, overestimerer de ni subkliniske deltagere (53.32 cm) over cut-off, og altså i en grad, der svarer til en klinisk populations forvrængning. Ved det cirkulære mål (100.27 cm) er deres overestimering derimod 4.03 cm under cut-off. De 10 deltagere med klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer scorer betydeligt over klinisk cut-off ved både det lineære (52.41 cm) og det cirkulære mål (135.35 cm) - henholdsvis 7.64 cm og 31.02 cm over cut-off værdierne. Dette bekræfter en klinisk relevant grad af kropsforvrængning i form af overestimering i den kliniske gruppe. Det er bemærkelsesværdigt, at den subkliniske gruppe kun overestimerer over klinisk cut-off ved den ene målemetode, hvilket indikerer, at visse aspekter af forvrængningen ikke er fuldt manifesteret og, at der er tale om forstadier til begyndende kliniske manifestationer. Dette peger på, at den subkliniske gruppe repræsenterer en højrisikoprofil for udvikling af patologisk kropsforvrængning og spiseforstyrrelse. Resultaterne viser desuden tydeligt, at den kliniske gruppe scorer markant over de kliniske cut-off værdier, og dermed udviser en svær grad af forvrænget kropsopfattelse. Ovenstående fund bekræfter, at kropsforvrængning er et centralt træk ved spiseforstyrrelser, som optræder i både subkliniske og kliniske stadier og intensiveres i takt med spiseforstyrrelsens sværhedsgrad.

Undersøgelsens fund peger således på, at kropsforvrængning forekommer i en høj grad i den danske befolkning af voksne danskere - særligt hos unge kvinder. Dette

kan tolkes som et udtryk for en bredere samfundsmæssig tendens, hvor et negativt kropsbillede er blevet så udbredt, at en høj overestimering af egen kropsstørrelse ikke længere kun er karakteristisk for kliniske tilfælde. En anden forklaring kan være, at størstedelen af undersøgelsens sample udgøres af unge kvinder - en gruppe som i høj grad udviser kropsutilfredshed og spiseforstyrrelsessymptomer. Den høje grad af overestimering kan dermed i nogen grad afspejle kønsspecifikke og aldersrelaterede risikofaktorer, der kan have medført en højere klinisk grænse, end hvad der er repræsentativt for den brede danske befolkning. Derudover skal det også nævnes, at den anvendte cut-off værdi ikke er beregnet ud fra en faktisk klinisk gruppe, diagnosticeret med spiseforstyrrelse, hvorfor der kan stilles spørgsmål ved, hvorvidt denne cut-off værdi reelt afspejler en klinisk tærskelværdi. Det er derfor muligt, at værdien er for lav sammenlignet med, hvad den ville være beregnet ud fra en reel klinisk population, og derfor indfanger en del normalvariation. Om ikke andet kan anvendelsen af en standardiseret klinisk cut-off værdi fungere som et effektivt screeningsredskab til at identificere individer med en patologisk grad af kropsforvrængning. En sådan tærskelværdi bør imidlertid ikke stå alene, men altid vurderes i sammenhæng med en klinisk vurdering eller andre mål for forvrængning. En score over den definerede cut-off indikerer tilstedeværelse af en patologisk forvrænget kropsopfattelse og bør opfattes som en potentiel risikomarkør - særligt hvis den ledsages af andre symptomer på spiseforstyrrelse. Udviklingen og valideringen af en standardiseret klinisk cut-off værdi er særligt relevant for tidlig opsporing, hvilket kan muliggøre en tidlig identifikation og dermed rettidig intervention. En cut-off kan desuden anvendes i behandlingssammenhænge til at monitorere symptomudvikling og evaluere behandlingsrespons. Dette understreger behovet for en fastsættelse af en cut-off værdi samt en bredere forståelse af, hvordan forvrænget kropsopfattelse varierer i den almene befolkning. Dette kalder på mere forskning med diagnostisk kliniske grupper samt alders- og kønsrepræsentative normdata, så der med sikkerhed kan afgrænses, hvornår en overestimering skal anses for patologisk og derved klinisk relevant.

Undersøgelsen dokumenterer en udbredt og markant kropslig overestimering i en ikke-klinisk population. Dette fund bør betragtes med alvor, da selv mildere grader af forvrænget kropsopfattelse kan medføre betydelig psykisk belastning og øger risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser (Farrell et al., 2006; Cash & Deagle, 1997; Ahrberg et al., 2011). Ydermere finder vi, at en stor andel af de kvindelige deltagere

udviser en klinisk relevant forvrænget kropsopfattelse, hvilket vidner om udtalt forpinthed og en alvorlig risiko for udvikling af spiseforstyrrelser.

8.8 Estimering lineært og cirkulært

Graden af kropsforvrængning er vurderet ud fra både det lineære og cirkulære mål. De to mål adskiller sig grundlæggende, idet det lineære mål er todimensionelt, mens det cirkulære er tredimensionelt, hvorfor en direkte sammenligning af de to mål ikke er meningsfuld. Det er derfor relevant at undersøge, om de to mål finder gennemgående forskellige resultater, samt om det ene mål fremstår mere præcist i vurderingen af forvrænget kropsopfattelse end det andet.

Resultaterne viser først og fremmest en tydelig tendens, hvor graden af overestimering ved det cirkulære BSE-mål er over dobbelt så stor som ved det lineære mål. Denne forskel er imidlertid forventelig, idet det cirkulære mål angiver omkreds og derfor naturligt rummer væsentligt flere centimeter end det lineære. En sammenligning af deltagernes faktiske, estimerede og ønskede kropsmål bekræfter dette, da de cirkulære mål i gennemsnitligt er 2.8 til 2.9 gange større end de lineære mål. Dette gælder altså både faktiske kropsmål og deltagernes estimeringer, hvilket vidner om, at større mål ledsages af tilsvarende større estimeringer. Den større overestimering cirkulært kan tilskrives, at større mål reducerer præcisionen og øger sandsynligheden for fejlskøn og afvigelser. Dette afspejles i de højere overestimeringer ved det cirkulære mål. I forlængelse heraf peger resultaterne på en tendens, hvor større kropsmål overestimeres i højere grad. Skulder, talje og hofte er de kropsmål, der konsekvent overestimeres mest. Dette gør sig gældende både lineært, hvor skuldermålet overestimeres mest på tværs af deltagergrupper, og cirkulært, hvor både talje, skulder og hofte er kendetegnet ved den største forvrængningsgrad. Omvendt ses der konsekvent lavere overestimering ved mindre kropsdele som arme, knæ og lægge, på tværs af deltagergrupper og målemetode. At store kropsmål overestimeres mere, giver god intuitiv mening, eftersom disse mål typisk er nogle af de største omkredsmål på kroppen, hvilket kan forklares med, at større mål er forbundet med en øget måleusikkerhed. Ovenstående peger således på, at større målforhold kan medføre større fejlestimeringer.

Omvendt peger nogle af undersøgelsens resultater på, at netop det cirkulære mål er en bedre repræsentation af deltagernes forvrængede kropsopfattelse. Ved BPI

overestimerer samplet med hele 25.27% ved det lineære mål, men kun 15.99% ved det cirkulære. En sådan større overestimering ved det lineære mål er også fundet blandt samplets kvinder (30.21% vs 17.26%), deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer (33.67% vs 26.37%) og deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer (24.54% vs 15.09%). Samme tendens er observeret ved estimeringen af 2. person for både det samlede sample, kvinder, mænd, deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer og deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. Disse resultater viser en klar tendens til, at deltagerne estimerer kropsstørrelse mere nøjagtigt ved det cirkulære mål. Desuden indikerer estimeringen af 2. person, at kvinder er mere nøjagtige til at vurdere andres kropsstørrelse end mænd, hvilket understøtter tidligere forskning og nærværende undersøgelses fund om, at kvinder har et øget kropsfokus, hvilket kan gøre dem mere nøjagtige i vurderingen af andres kroppe.

Jævnfør tidligere diskussion om klinisk cut-off er det tilmed fundet, at samplets kvinder og deltagere med subkliniske spiseforstyrrelsessymptomer gennemsnitligt estimerer over klinisk cut-off ved det lineære mål. Dette gælder imidlertid ikke ved det cirkulære mål, hvor kun den kliniske gruppe scorer over grænseværdien, hvilket også er forventeligt, da cut-off er beregnet med udgangspunkt i denne gruppe. Resultatet peger dermed på, at det cirkulære mål er mere nøjagtigt til estimering af kropsstørrelse, mens det lineære mål er mindre sensitivt. Dette er et bemærkelsesværdigt fund, særligt hvis cut-off værdien skal fungere som referenceramme for, hvornår graden af kropsforvrængning antager en patologisk karakter. Derudover fremgår det af resultaterne, at deltagerne med subkliniske symptomer faktisk overestimerer mere end deltagerne med kliniske symptomer på det lineære mål. Dette resultat er modstridende med den identificerede positive sammenhæng mellem graden af spiseforstyrrelsessymptomer og graden af overestimering, hvor det forventes, at højere symptomgrad medfører større overestimering. Ved det cirkulære mål afspejles denne sammenhæng derimod i resultaterne, idet graden af overestimering stiger i takt med symptomgraden. Dette peger igen på, at det lineære mål er mindre præcist sammenlignet med det cirkulære mål. At det cirkulære mål potentielt er mere nøjagtigt til at måle forvrænget kropsopfattelse kan tilskrives, at dette mål sandsynligvis er mere intuitivt meningsfuldt for deltagerne. Mennesker ser og forholder sig grundlæggende til kroppe i rumlige termer, både når vi betragter andres kroppe, og når vi oplever vores egen. I dagligdagen forholder vi os desuden ofte til omkredsmål i kropslige sammenhænge, eksempelvis ved køb af bukser, hvor man skal forholde sig til taljemål og generelt, når vi tager tøj

på. Det lineære mål repræsenterer derimod en mere abstrakt repræsentation af kroppen, som ikke afspejler den måde, vi normalt sanser og forstår kroppe på. Dette kan gøre det sværere for deltagerne at relatere sig til det lineære mål og dermed kompromittere dets målenøjagtighed. Denne observation stemmer desuden overens med Segura-Garcías erfaring af, at deltagere foretager mere præcise estimater ved det cirkulære mål sammenlignet med det lineære - en observation Segura-García fremhævede under vores oplæring og supervision i BSE-metoden.

8.9 Indflydende faktorer på forvrænget kropsopfattelse

Undersøgelsens fund og eksisterende forskning dokumenterer, at køn og spiseforstyrrelsessymptomatologi er centrale indflydende faktorer på forvrænget kropsopfattelse. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt der findes yderligere faktorer, der har indflydelse på kropsforvrængning. På baggrund heraf har nærværende studie undersøgt, hvorvidt uddannelsesniveau, alder og BMI har en indflydelse på forvrænget kropsopfattelse, herunder på henholdsvis overestimering, målt ved BSE og BPI, og kropsutilfredshed, målt ved BIDA.

8.9.1 Uddannelse

Som det fremgår af resultaterne, finder undersøgelsen en statistisk signifikant, negativ sammenhæng mellem uddannelsesniveau og overestimering, der indikerer, at jo højere uddannelsesniveau, desto mindre kropslig overestimering. Dette gælder både målinger lineært og cirkulært for BSE og BPI. Det bør dog bemærkes, at der i nærværende undersøgelse arbejdes med en relativt homogen deltagergruppe. Deltagere med højere uddannelse overestimerer således deres egen kropsstørrelse i mindre grad end deltagere med lavere uddannelsesniveau, hvilket antyder, at deltagere med højere uddannelse har en mere nøjagtig kropsopfattelse. Resultaterne antyder, at et højt uddannelsesniveau kan være en beskyttende faktor i forhold til udviklingen af forvrænget kropsopfattelse. Dette kan skyldes flere ting. En mulig forklaring kan være, at et højt uddannelsesniveau ofte er forbundet med udvikling af kritisk refleksion og tænkning, hvilket kan gøre, at deltagerne er mere kritiske overfor eksempelvis mediebarne kropsnormer og dermed i mindre grad internaliserer urealistiske kropsidealer. En anden forklaring kan være, at personer med højere uddannelse kan have en større kropslig

bevidsthed, som muliggør en mere realistisk og nøjagtig vurdering af egen krop og dermed reducerer risikoen for kognitiv forvrængning. Derudover kan det tænkes, at et højere uddannelsesniveau typisk er associeret med bedre socioøkonomiske forhold, herunder ressourcer, sundhedsoplysning og gode levevilkår - forhold, der kan bidrage med en større sikkerhed og oplysning, og som dermed kan anses som beskyttende mod udviklingen af kropsforvrængning. Dette fund stemmer overens med et forskningsstudie der finder, at mænd og kvinder med lavere uddannelsesniveau har en højere forekomst af kropsutilfredshed (Rosenqvist et al., 2024).

8.9.2 Alder

Som det fremgår af resultaterne, er der ikke evidens for en statistisk signifikant sammenhæng mellem alder og overestimering, hverken ved BSE eller BPI. Nærmere analyse viser dog, at den yngste aldersgruppe 20-24 år konsekvent udviser en højere grad af overestimering sammenlignet med grupperne 25-29 år og 30+. Dette mønster gælder samtlige målinger både lineært og cirkulært for BSE og BPI. Det samme mønster gør sig gældende med hensyn til kropsutilfredshed, hvor den yngste aldersgruppe på 20-24 år rapporterer den højeste grad af utilfredshed, efterfulgt af 25-29 årige, mens deltagere over 30 år rapporterer den laveste kropsutilfredshed. Trods der ikke er påvist nogen statistisk signifikante sammenhænge mellem alder og henholdsvis overestimering og kropsutilfredshed, tyder disse mønstre på aldersrelaterede tendenser i graden af forvrænget kropsopfattelse. Den yngste aldersgruppe udviser systematisk en større overestimering på tværs af både lineære og cirkulære målinger for BSE og BPI, samt den højeste gennemsnitsscore for kropsutilfredshed samtidig med, at graden af kropsutilfredshed falder med stigende alder. Fundene indikerer, at unge voksne er særligt sårbare over for udvikling af forvrænget kropsopfattelse, herunder overvurdering af egen kropsstørrelse samt høj kropsutilfredshed. Dette fund understøttes af tidligere forskning, der fremhæver, at særligt unge oplever forvrænget kropsopfattelse (Artoni, 2024). Endvidere stemmer dette overens med forståelsen af ungdomsårene som en særlig sårbar livsfase (Liechty & Lee, 2013; McClain & Peebles, 2016), hvor identitetsdannelsen er i fokus. I denne periode er unge i stigende grad eksponeret for et massivt pres fra sociale medier om at leve op til den perfekte krop, hvilket potentielt kan påvirke deres kropsopfattelse og selvbillede negativt. Undersøgelsen kunne dog have fundet et andet mønster, hvis aldersfordelingen i samplet havde været mere

repræsentativ for den brede befolkning. Eksisterende forskning peger nemlig på, at kropsutilfredshed stiger med alderen hos både mænd og kvinder - i takt med, at BMI typisk øges (Rosenqvist et al., 2024).

8.9.3 BMI

Der er ikke påvist nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BMI og overestimering, hverken målt ved BSE eller BPI. Dog kan der ved nærmere undersøgelse aflæses, at deltagerne med højest BMI, kategoriseret som overvægtige ($\text{BMI} \geq 25$), overestimerer i størst grad, efterfulgt af deltagerne kategoriseret som normalvægtige ($18.5 \leq \text{BMI} < 25$), mens deltagerne med lavest BMI, kategoriseret som undervægtige ($\text{BMI} < 18.5$), overestimerer mindst. Denne tendens i resultaterne er fundet for alle lineære og cirkulære BSE og BPI. Trods en manglende statistisk signifikant sammenhæng, antyder resultaterne, at jo højere BMI, jo større overestimering af egen kropsstørrelse. Dette peger på, at personer med højere BMI har tendens til at have en mere negativ opfattelse af deres krop.

Der er ligeledes ikke fundet nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem BMI og kropsutilfredshed målt ved BIDA. Ved nærmere undersøgelse indikerer resultaterne, at deltagerne med lavest BMI, kategoriseret som undervægtige, rapporterer den højeste grad af kropsutilfredshed. Dette er dog en lille sample gruppe, hvorfor resultaterne må tolkes med forsigtighed. Deltagerne med højest BMI, kategoriseret som overvægtige, rapporterer den næsthøjeste grad af kropsutilfredshed. At denne gruppe rapporterer en højere kropsutilfredshed end gruppen med et BMI i normalområdet, er i overensstemmelse med forskning, som finder, at personer med et højere BMI har en større kropsutilfredshed (Segura-García et al., 2012; Rosenqvist et al., 2024).

Resultaterne peger på et interessant mønster, hvor deltagere med højest BMI har en tendens til at overestimere deres kropsstørrelse, mens dem med lavest BMI og størst kropsutilfredshed, er mest præcise i deres kropsestimering. En mulig forklaring på den højere præcision blandt deltagere med lavt BMI kan være, at disse personer grundet deres større kropsutilfredshed har et større fokus på deres krop og dens proportioner, hvilket kan føre til en mere nøjagtig kropsopfattelse - hos personer uden spiseforstyrrelsessymptomer vel og mærke.

8.9.4 Opsamling

Fraværet af statistisk signifikans, med undtagelse af den observerede sammenhæng mellem uddannelsesniveau og overestimering, kan potentielt skyldes begrænset statistisk styrke som følge af de små grupper. Dette udelukker imidlertid ikke muligheden for, at der kan være klinisk relevante mønstre til stede, som afspejler reelle variationer i forvrænget kropsopfattelse. Foreliggende resultater understreger derfor behovet for yderligere forskning af disse potentielt influerende faktorer på forvrænget kropsopfattelse, vurderet gennem både overestimering og kropstilfredshed. Samtidig antyder fundene et behov for forebyggende indsatser, som kan rettes mod risikogrupper i befolkningen, der kan styrke resiliensen mod udviklingen af uhensigtsmæssig krops- og spiserelateret adfærd. Undersøgelsens identificerede mønstre i resultaterne indikerer, at sådanne sårbare befolkningsgrupper blandt voksne danskere omfatter yngre voksne med lavere uddannelsesniveau samt personer med et BMI uden for normalområdet. Det skal dog understreges, at ætiologien bag spiseforstyrrelser er kompleks og multifaktoriel, og at spiseforstyrrelsessymptomer, herunder kropsforvrængning, kan manifestere sig på tværs af alle aldersgrupper, uddannelsesniveauer og vægtkategorier (AED, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2021).

8.10 Hvad kan ellers have en indvirkning på forvrænget kropsopfattelse?

Udover de undersøgte variable, herunder spiseforstyrrelsessymptomer, køn, uddannelse, alder og BMI, peger eksisterende forskning på en række øvrige faktorer, der potentielt kan have bidraget til den relativt høje forekomst af kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomatologi blandt deltagerne. Følgende indeholder et udsnit af relevante sociokulturelle faktorer, der kan have bidraget til dette mønster.

8.10.1 Psykologistuderende

En væsentlig del af rekrutteringen er foregået blandt psykologistuderende på uddannelsens første semester, hvilket kan forklare den høje andel af deltagere med udelukkende gymnasial baggrund (63.2%), da disse endnu ikke har færdiggjort en videregående uddannelse. Som tidligere nævnt består en stor del af deltagerne desuden af kvinder ($n = 90$) med en gennemsnitsalder på 25 år. Dette betyder, at vores fund i

overvejende grad afspejler kvindelige psykologistuderende. Det er i denne forbindelse særligt interessant, at der identificeres en så udtalt forekomst af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi i denne gruppe. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt psykologistuderende udgør en særlig risikogruppe i den danske befolkning for udvikling af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer. Vores fund kan med fordel perspektiveres til et brasiliansk studie af Bosi et al. (2009), som undersøger 175 kvindelige psykologistuderende med en gennemsnitsalder på 21 år. Her rapporterede hele 90.9% et ønske om vægttab samt en generel kropsutilfredshed. Endvidere konkluderer studiet, at samplet i udpræget grad udviste spiseforstyrret adfærd (Bosi et al., 2009). Sammenholdt med vores resultater peger dette på, at kvindelige psykologistuderende kan udgøre en særlig sårbar gruppe i forhold til udviklingen af spiseforstyrrelsesproblematikker og kropsutilfredshed. Andre studier peger på en forhøjet forekomst af kropsbilledeproblematikker og spiseforstyrrelsessymptomer blandt medicinstuderende (Mallarm et al., 2023; Fekih-Romdhane et al., 2022) og indikerer, at denne gruppe også udgør en risikogruppe.

Det er dog vigtigt at understrege, at disse tendenser ikke udelukkende kan forklares af studievalg eller andre specifikke akademiske faktorer. De skal også ses i en bredere samfundsmæssig kontekst, hvor urealistiske kropsidealer dominerer mediebildet, og en vedvarende eksponering herfor kan medvirke til øget sårbarhed over for spiseforstyrrelsessymptomer og kropsutilfredshed, særligt blandt unge kvinder.

8.10.2 Seksualitet

Jævnfør undersøgelsens scoping review, fremgår det, at seksualitet spiller en væsentlig rolle i forståelsen af spiseforstyrrelsessymptomatologi, kropsutilfredshed og forvrænget kropsopfattelse. Selvom en række studier peger på en forhøjet forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer og kropsutilfredshed blandt seksuelle minoriteter (Calzo et al., 2017; Calzo et al., 2018), må det antages, at det reelle tal i befolkningen er væsentligt højere. Seksuelle minoriteter er ofte underrepræsenteret i både epidemiologiske undersøgelser og klinisk behandlingsdata, hvilket skaber risiko for betydelige mørketal (Statens Institut for Folkesundhed, 2015). Denne underrapportering kan skyldes en række forskellige faktorer, såsom frykten for stigmatisering og internaliseret homofobi.

En rapport fra Statens Institut for Folkesundhed (2015) peger på, at centrale samfundsstrukturer, herunder sundhedsvæsenet, ofte er forankret i den cis- og heteronormative samfundsstruktur, hvor antagelser om køn og heteroseksualitet anses som det “naturlige”. Denne tilgang er med til at usynliggøre minoriteter og medfører stigmatisering og diskrimination i mødet med sundhedsvæsenet (Statens Institut for Folkesundhed, 2015). Et yderligere problem vedrører, at gængse behandlingsmodeller, screeningsværktøjer og diagnostiske redskaber i vid udstrækning er udviklet med udgangspunkt i heteroseksuelle og ciskønnede populationer (Thapliyal et al., 2018). Dette indebærer en risiko for, at symptomer, der kan have et andet udtryk hos seksuelle minoriteter, enten overses eller fejlfortolkes.

Den øgede prævalens af spiseforstyrrelsessymptomatologi blandt seksuelle minoriteter kan, som beskrevet i scoping reviewet, forstås i lyset af en øget sårbarhed over for udviklingen af kropsforvrængning og spiseforstyrrelse (McClain & Peebles, 2016; Gonzales & Blashill, 2021; McCabe & Ricciardelli, 2004; Kaminski et al., 2005). Denne øgede sårbarhed kan tilskrives de stressfaktorer, der opstår som resultat af den diskrimination, stigmatisering og marginalisering, som seksuelle minoriteter ofte oplever. En vedvarende oplevelse af negative sociale forhold øger risikoen for udviklingen af minoritetsstress - et fænomen der kan forværre mentalt såvel som fysisk helbred (Statens Institut for Folkesundhed, 2015). Dette er i tråd med, at patienter med spiseforstyrrelse, som tilhører seksuelle minoritetsgrupper, har en højere forekomst af komorbiditet sammenlignet med heteroseksuelle patienter med spiseforstyrrelse (Calzo et al., 2017). Dette understreger således vigtigheden af en helhedsorienteret behandlingsindsats, der tager højde for både psykiske, sociale og identitetsrelaterede faktorer.

På trods af de forhøjede prævalensrater af spiseforstyrrelser blandt seksuelle minoriteter, peger forskning på, at der i det kvindelige LGBT+- miljø forekommer en række faktorer, der kan virke beskyttende mod udviklingen af kropsutilfredshed (Alvy, 2013). Flere studier viser nemlig, at homoseksuelle kvinder i gennemsnit stræber efter en større kropstype end heteroseksuelle kvinder, hvilket afspejler et mindre internaliseret tyndhedsideal i denne gruppe (Brad et al., 1992). Dette understøttes endvidere af litteraturen, som fremhæver, at LGBT+ ofte er kendetegnet ved mere inkluderende skønhedsideal (Alvy, 2013), hvilket peger på, at homoseksuelle kvinder i lavere grad internaliserer det normative tyndhedsideal. Anderledes synes det imidlertid at forholde sig i det homoseksuelle miljø blandt mænd, hvor der forekommer et udtalt fokus på

fysisk udseende (Feldman & Meyer, 2007), og hvor idealet om øget muskelmasse og tyndhed dominerer (Yelland & Tiggeman, 2003). Disse idealer kan fremstå som modstridende og som potentielt uforenelige kropsnormer, hvilket kan bidrage til et yderligere kropsligt pres blandt homoseksuelle mænd.

8.10.3 Kønsidentitet

Som det fremgår af vores scoping review, udgør binære køn en central rolle i forståelsen af spiseforstyrrelser og kropstilfredshed, hvor forskningen peger på, at der eksisterer markante kønsforskelle mellem mænd og kvinder, hvad angår forekomst, udtryk og de underliggende mekanismer forbundet hermed. I forlængelse heraf, er det relevant at rette opmærksomheden mod individer, som ikke identificerer sig inden for den binære køns kategorisering, da deres perspektiver er afgørende for at opnå en mere nuanceret og inkluderende forståelse af spiseforstyrrelsessymptomatologi og kropstilfredshed.

Ønsket om tyndhed blandt transkønnede personer kan være mangeartet og bør forstås i lyset af de komplekse dynamikker, der knytter sig til kønsidentitet og kropsudtryk (Mitchell et al., 2021). Den øgede forekomst af spiseforstyrrelsessymptomatologi i denne gruppe kan forstås som et ønske om at regulere og kontrollere den fysiske kropsform for at opnå større overensstemmelse mellem kropsudtryk og kønsidentitet (Rasmussen et al., 2025). I denne forbindelse ses en udbredt tendens blandt transkønnede kvinder til at stræbe efter tyndhed som en måde at mindske kropslige træk, der er forbundet med feminitet – som for eksempel kurver eller menstruation (Rasmussen et al., 2025). I overensstemmelse hermed fandt et studie af Rasmussen et al. (2025), at mere end 80% af transkønnede- og køndiverse personer angav at bruge mad, spisning og kostvaner til aktivt at ændre deres køns karakteristika og/eller kønsudtryk. Dette tal står i skarp kontrast til blot 27% hos den ikke-kliniske kontrolgruppe i undersøgelsen (Rasmussen et al., 2025). Som det fremgår af scoping reviewet, rapporterer op mod 18% af transkønnede- og køndiverse individer symptomer på spiseforstyrrelser, mens knap 7% modtager behandling herfor. En plausibel forklaring på denne diskrepans er stigmatisering og diskrimination, som marginaliserede individer ofte møder i samfundet såvel som sundhedssystemet, hvor der generelt forekommer manglende viden om LGBT+- personer (Statens Institut for Sundhed, 2015).

Denne systematiske stigmatisering resulterer i, at LGBT+- personer ofte ikke har de samme rettigheder og muligheder som heteroseksuelle og ciskønnede personer (Statens Institut for Sundhed, 2015), hvilket yderligere må antages at forstærke oplevelsen af social eksklusion. Desuden er LGBT+-personers adgang til sundhedssystemet ofte begrænset, ligesom kvaliteten af den behandling, de modtager, ofte er utilstrækkelig (Rasmussen et al., 2025). Dette er i strid med menneskerettighedskonventionerne, hvor sundhed er en universel ret for ethvert menneske (Statens Institut for Sundhed, 2015). Når denne ret undermineres, kan det have vidtrækkende konsekvenser for mental og fysisk sundhed, hvilket forstærker den negative spiral af stigmatisering og marginalisering, som LGBT+-personer ofte er fanget i. Dette rejser alvorlige bekymringer i forhold til lighed i sundhedsvæsenet og understreger nødvendigheden af en øget og kontinuerlig opmærksomhed på de strukturelle og sociale barrierer, som kan påvirke behandlingsforløb for disse grupper.

Set i lyset af de ovenstående perspektiver synes det sandsynligt, at der forekommer en vis grad af underrapportering blandt personer med marginaliserede kønsidentiteter, hvorfor det må antages, at mørketal spiller en væsentlig rolle og medvirker til at skjule det reelle omfang af prævalensen af spiseforstyrrelse og dertilhørende problematikker i denne befolkningsgruppe. Som beskrevet i scoping reviewet, oplever transkønnede og kønsdiverse individer markant dårligere livskvalitet sammenlignet med ciskønnede personer. Set i lyset af ovenstående perspektiver og det faktum, at internaliseret transfobi er udbredt i denne gruppe (Statens Institut for Sundhed, 2015), virker dette ikke bemærkelsesværdigt.

8.10.4 Etnicitet

Som det fremgår af undersøgelsens scoping review, indikerer forskningsstudier, at personer fra majoritetskulturer i vestlige samfund i højere grad synes sårbare over for udviklingen af spiseforstyrrelsessymptomer, hvilket er afspejlet i højere prævalens rater blandt vestlige kvinder sammenlignet med ikke-vestlige (Wildes et al., 2001). Dette kan skyldes en lang række faktorer. En medvirkende forklaring kan være, at de fleste assessment værktøjer til identifikation af spiseforstyrrelser er udviklet med vestlige kvinder som referencegruppe (Rodgers et al., 2018). Denne metodologiske skævhed medfører en betydelig risiko for systematisk bias i både forskning, screening, diagnosticering og behandling, hvilket kan føre til både manglende opsporing og behandling,

samt markante mørketal blandt personer med ikke-vestlig etnisk baggrund. I de senere år er der imidlertid opstået en stigende erkendelse af behovet for mere kultursensitive vurderingsredskaber samt diagnostiske kriterier, der i højere grad afspejler og inkluderer en bredere variation af etniske og kulturelle grupper (Rodgers et al., 2018). Denne større erkendelse kan blandt andet spores i nyere prævalensstudier, som dokumenterer en stigende forekomst af spiseforstyrrelser i etniske grupper, der har været underrepræsenteret i forskningen (Wildes et al., 2001). En forklaring på forskelle i prævalensrater på tværs af etniske grupper kan findes i de kulturelle betydninger, som tillægges kropsidealer (Jacob, 2001). I mange vestlige samfund er idealet om tyndhed tæt forbundet med en række sociale og kulturelle idealer som selvdisciplin, kontrol, præstation og sundhed - samt noget, der kendetegner de højere socioøkonomiske lag (Jacob, 2001). Tyndhed bliver dermed ikke blot et skønhedsideal, men også et socialt og kulturelt anliggende. I kontrast hertil viser forskning, at afroamerikanske kvinder i lavere grad internaliserer det vestlige tyndhedsideal og rapporterer mere positiv kropsopfattelse og færre symptomer på spiseforstyrret adfærd (Jacob, 2001). Ifølge Jacob (2001) kan en forklaring herpå være, at disse kvinder har en stærkere kulturel identitet, som fungerer som en beskyttende faktor mod vestlige kropsidealer. Samtidig viser forskning, at afroamerikanske kvinder har en mere fleksibel og inkluderende forståelse af krop og skønhed (Jacob, 2001). En mere inkluderende og omfavnende tilgang til skønhed og kroppen kan skabe et større rum for variationer i opfattelsen af, hvad der anses som attraktivt, hvilket kan reducere presset for at leve op til de snævre kropsidealer, der ofte dominerer i vestlige kulturer (Jacob, 2001).

I samme spor fremhæver Williamson (1998), at kulturelle normer, der i højere grad accepterer og tilgodeser større kropsstørrelser, potentielt kan virke beskyttende mod spiseforstyrret adfærd (as cited in Jacob, 2001). Ligeledes beskriver Waltschott et al. (2024), at der i mange afrikanske kulturer eksisterer dominerende kropsidealer, hvor kurvede og fyldige kroppe forbindes med sundhed, frugtbarhed og social status. Disse kulturelle kropsidealer synes således at afspejle selvstændige kulturelle logikker for, hvad der opfattes som attraktivt.

Dette perspektiv udfordres imidlertid af Rodgers et al. (2018), som påpeger, at de mest udbredte diagnostiske værktøjer til identifikation af spiseforstyrrelser i overvejende grad er udviklet ud fra en vestlig referenceramme. Dette betyder, at vestlige normer for krop og skønhed i nogen grad må være indlejret i forståelsen af, hvad der er sund adfærd. En konsekvens heraf er, at adfærd, der afviger fra disse normer,

risikerer at blive fejltolket som patologisk, mens spiseforstyrret adfærd, der manifesterer sig på andre måder, end vi er vant til, kan risikere at blive overset eller negligeret. Ligesom at kropsforvrængning i vestlige kontekster oftest forbindes med en opfattelse af at være for stor og et ønske om vægttab, kan kropsforvrængning i andre kulturer handle om at føle sig for tynd og ønske en fyldigere og større krop, herunder i visse afrikanske kulturer (Waltsgott et al., 2024; Rodgers et al., 2018). Dette understreger et væsentligt behov for, at forståelsen af kropsforvrængning og spiseforstyrrelser i højere grad skal tilpasses kulturelle kontekster, samt nødvendigheden af at udvikle assessment redskaber, der kan opfange kulturelt differentierede udtryk for spiseforstyrret adfærd. Dermed kan det sikres, at alle etniske og kulturelle grupper har lige adgang til anerkendelse, diagnosticering og behandling.

Ovenstående udfordrer den ofte unuancerede tilgang til kropsidealer og understreger nødvendigheden af at forstå spiseforstyrrelsessymptomer i et intersektionelt og kultursensitivt perspektiv.

8.11 Sammenfatning

I den foregående diskussion af undersøgelsens resultater er den overordnede problemformulering, de to opstillede hypoteser og samtlige forskningsspørgsmål blevet behandlet løbende. Undersøgelsen omfatter et ikke-klinisk sample af 125 deltagere (90 kvinder, 35 mænd, gennemsnitsalder: 26 år) og påviser en generel tendens til kropslig overestimering, hvor deltagerne vurderer deres krop som større, end den objektivt er.

En klinisk gruppe på 10 deltagere med selvrapporterede spiseforstyrrelsessymptomer ($EDE \geq 3$) udviser en signifikant højere kropslig overestimering sammenlignet med deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. Der påvises desuden en statistisk signifikant positiv sammenhæng mellem graden af overestimering og omfanget af spiseforstyrrelsessymptomer, hvilket indikerer: jo større overestimering, desto flere spiseforstyrrelsessymptomer. Undersøgelsen dokumenterer desuden en markant øget kropsutilfredshed blandt deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer.

Resultaterne afslører tydelige kønsforskelle i kropsforvrængning. Mens kvinder udviser en større forvrænget kropsopfattelse og et ønske om en mindre krop, i tråd med kulturelle idealer om tyndhed, ønsker mændene derimod en større kropsstørrelse, hvilket er konsistent med det muskuløse maskuline ideal. Vurderingen af andres

kroppe er tilmed præget af overestimering og indikerer, at kropsforvrængning i en ikke-klinisk population ikke udelukkende er selvrelateret. Der identificeres endvidere en række faktorer herunder alder, BMI, uddannelsesniveau, seksualitet og kønsidentitet, med potentiel indflydelse på kropsforvrængning. Resultaterne indikerer desuden en sammenhæng mellem kropsforvrængning og nedsat livskvalitet samt forhøjede symptomer på angst og depression. Afslutningsvist indikerer analysen, at den cirkulære målemetode er mere nøjagtig til estimering af kropsstørrelse end den lineære.

9. Diskussion af metoden

I det følgende diskuteres undersøgelsens to metoder: kropsopmålingsundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen, med fokus på de metodiske styrker og begrænsninger i målingen af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi.

9.1 Kropsopmålingsundersøgelse

Kropsopmålingsundersøgelsen og herunder den anvendte BSE metode, indebærer en række styrker og begrænsninger. Først og fremmest befinder den anvendte BSE metode i denne undersøgelse sig på et udviklingsstadium og er endnu ikke færdigudviklet og derfor ikke valideret. Dette har implikationer for metodens validitet og reliabilitet, samt muligheden for at sammenligne resultaterne med eksisterende forskning. På trods af disse begrænsninger bidrager undersøgelsen med et vigtigt skridt i retningen af udviklingen af en ny og mere nuanceret BSE metode. Et centralt metodologisk fremskridt i denne retning er inddragelsen af både det lineære og cirkulære mål. Denne differentiering muliggør en mere kompleks og realistisk vurdering af kropsopfattelse sammenlignet med tidligere BSE tilgange, der kun fokuserer på én målemetode. Ydermere anvendes otte målepunkter på kroppen, hvilket overstiger antallet i størstedelen af forskningsstudier (Dalhoff et al., 2019; Schneider et al., 2009; Cornelissen et al., 2013; Mölbert et al., 2017). Anvendelsen af flere mål kan styrke metodens sensitivitet og muliggøre en undersøgelse af, hvilke målepunkter der kan være vanskelige for deltagerne at estimere nøjagtigt og hvor der forekommer størst forvrængning. Metoden har ydermere den væsentlige styrke, at den er let at administrere og ikke kræver specialiseret udstyr, hvilket øger dens anvendelighed i både forskningsmæssige og kliniske sammenhænge.

Undersøgelsen kan være påvirket af flere ukontrollerede variable, som kan have haft indflydelse på resultaternes validitet. En begrænsning er en manglende præcision i angivelsen af de otte målepunkter. Deltagerne blev ikke instrueret i, hvor nøjagtigt estimatet skulle placeres, på eksempelvis lår, overarm eller hofte. Det er derfor uklart, om deltagerne subjektive estimer og de objektive målinger refererer til de samme anatomiske punkter på kroppen, hvilket kan have medført målebias i dataindsamlingen. En anden potentiel begrænsning er, at deltagerne ikke systematisk blev instrueret i, hvorvidt estimeringerne skulle baseres på deres krop med eller uden tøj. Det

er derfor uklart, i hvilken grad deltagernes estimerer er baseret på en forestilling om kroppen som påklædt eller afklædt. Denne uklarhed udgør en potentiel kilde til målebias i de rapporterede forvrængningsscorer. Vi oplevede dog ikke, at deltagerne udtrykte tvivl herom. En anden metodisk udfordring relateret til påklædning vedrører, hvilken slags påklædning deltagerne og 2. person har på under undersøgelsen. Jo mere kropsnært tøjet er, desto mere præcise bliver estimererne sandsynligvis. En måde at øge målenøjagtigheden kunne være at instruere deltagerne i at bære tætsiddende tøj. Omvendt kan det potentielt have afholdt deltagere fra at deltage i undersøgelsen, hvis de ikke føler sig komfortable med at bære tætsiddende tøj. Mölbert et al. (2017) argumenterer imidlertid for, at deltagere bør bære deres sædvanlige tøj under undersøgelsen for at sikre en så naturlig kontekst som muligt.

En yderligere kilde til målebias er *social desirability bias (SDB)*, som refererer til deltagers tendens til at fremstille sig selv i et socialt ønskværdigt lys ved at nedtone eller benægte karakteristika, der kan opfattes som socialt uacceptable (Nederhof, 1985; Althubaiti, 2016). Flere kvindelige deltagere gav udtryk for, at det føltes pinligt at estimere sig selv som mindre, end de i virkeligheden var, hvilket indikerer, at SDB kan have haft indflydelse på deres estimerer. I denne kontekst kan overestimering tolkes som et udtryk for tilpasning af sociale normer, herunder jantelovens krav om, at man ikke skal tro, at man er noget særligt. At vurdere sig selv som mindre, end man faktisk er, kan opleves som selvhævdende og pinligt, mens en let overestimering kan signalere beskedenhed og ydmyghed. Dette kan have bidraget til en systematisk overestimering i datasættet, hvor overestimeringen i visse tilfælde ikke nødvendigvis afspejler forvrænget kropsopfattelse, men snarere et udtryk for SDB. Omvendt kan SDB også have medført, at nogle deltagere har nedtonet deres reelle overestimeringer af frygt for at fremstå urealistiske eller opmærksomhedssøgende, idet det må antages, at overestimering i overdreven grad heller ikke anses som socialt ønskværdigt.

9.1.1 Sammenligning af lineære og cirkulære BSE-mål

Følgende afsnit indebærer en metodisk diskussion af det lineære og cirkulære BSE-mål, deres indbyrdes forskelle samt deres respektive styrker og begrænsninger.

En væsentlig forskel ved de to målemetoder er selve opmålingsproceduren. Ved den lineære måling optegnes deltagernes silhuet på et stykke papir, hvorefter de otte kropsmål måles med målebånd ud fra tegningen. Denne metode indebærer risiko

for unøjagtigheder både i optegningen og i opmålingen, hvilket øger sandsynligheden for målefejl. Den cirkulære metode baserer sig derimod på en direkte opmåling af deltagernes krop, hvor de otte omkredsmål måles med målebånd. Denne fremgangsmåde reducerer målefejl sammenlignet med den lineære, og giver derfor mere nøjagtige mål af deltagernes faktiske kropsmål.

Derudover adskiller de to målemetoder sig også i de kontekstuelle rammer for opmålingen. Ved den lineære måling afgiver deltagerne deres estimer, mens de står over for en forskningsassistent, hvilket giver deltageren en visuel referenceramme. Deltagerne kan dermed, bevidst og/eller ubevidst, sammenligne deres egen krop med assistentens og justere deres estimer derefter. Flere deltagere nævnte eksplicit, at de foretog sådanne sammenligninger. Dette har formentlig påvirket deltagernes vurdering og måleresultater og dermed ført til mindre præcise målinger af deltagernes oplevede kropsstørrelse. Ved den cirkulære måling angiver deltagerne deres mål på et bord uden nogen visuel referenceramme. Denne målemetode indebærer således ikke nogen sammenligning med andres kroppe og giver derfor formentlig en bedre afspejling af deltagernes kropsopfattelse.

En anden faktor, der kan påvirke målenøjagtigheden, er deltagernes rumlige forståelse. Under opmålingen observerede vi, at enkelte deltagere konsekvent angav for store mål på tværs af de forskellige målepunkter og metoder, hvilket tyder på, at unøjagtighederne snarere skyldtes en begrænset rumlig vurderingsevne end egentlig kropsforvrængning. For nogle deltagere kan upræcise estimer således afspejle kognitive vanskeligheder med rumlige vurderinger frem for egentlig forvrænget kropsopfattelse.

Vi har i anden del af rekrutteringen tilføjet det cirkulære mål for estimering af 2. person. Dette udgør en væsentlig metodisk styrke, da det muliggør en mere nuanceret og realistisk sammenligning mellem den lineære og cirkulære målemetode.

9.1.2 BPI og BSE-forvrængningsscore

Der findes en række metodiske forskelle ved de to anvendte mål for graden af kropsforvrængning.

BSE giver indsigt i graden af forvrængning målt i centimeter og udtrykker forskellen mellem estimeret og faktisk uden at tage højde for den enkelte deltagers kropsstørrelse eller, om der arbejdes med et stort eller lille kropsmål. For at opnå en mere

nuanceret vurdering, er BPI inkluderet som et relativt mål, der angiver den procentvise afvigelse i forhold til den faktiske kropsstørrelse. BPI tager dermed højde for individuelle forskelle og giver en kontekstualiseret vurdering af forvrængningens omfang.

BPI er den mest anvendte metode til beregning af kropsforvrængning og muliggør sammenligning af resultater på tværs af undersøgelser. Dog problematiserer Farrell et al. (2005) BPI's reliabilitet, idet metoden beregner forholdet mellem den estimerede kropsstørrelse og den faktiske, hvilket kan medføre systematisk højere BPI-værdier hos personer med mindre kropsmål (Ben-Tovim & Crisp, 1984 as cited in Farrell et al., 2005; Mölbert et al., 2017). Denne problematik påpeges også af Penner et al. (1991), som fremhæver en metodologisk udfordring ved sammenligning af AN-patienter med raske kontroller, da AN-patienters typisk mindre kropsstørrelse kan gøre resultaterne misvisende (as cited in Farrell et al., 2005). Det understreger nødvendigheden af at tage højde for individuelle variationer i kropsstørrelse og korrigere for disse. Men på trods af erkendelsen af denne begrænsning er en sådan korrektion endnu ikke implementeret i praksis (Farrell et al., 2005). I tråd hermed kan mindre kropsdele som knæ og læg få en uforholdsmæssig stor effekt på BPI, selv ved samme afvigelse i centimeter som ved større kropsdele som skuldre eller bryst. For eksempel svarer en afvigelse på 5 cm til en procentvis afvigelse på 50% ved et knæ mål på 10 cm ($15/10 \times 100 = 150$), mens den samme afvigelse kun udgør 10% ved et skuldermål på 50 cm ($55/50 \times 100 = 110$). Af denne grund anvendes BPI ikke til analysen af forvrængning ved de specifikke kropsmål. I stedet anvendes BSE-forvrængningsscoren, som vurderes mere relevant og nøjagtig til at vurdere individuelle kropsmål og identificere, hvilke mål der er kendetegnet ved størst afvigelse. Som beskrevet korrigerer BSE imidlertid ikke for målets relative størrelse, hvorfor en afvigelse på 5 cm vægtes statistisk ens, uanset om den forekommer ved et lille eller stort kropsmål. Dette er væsentligt at have for øje i tolkningen af resultaterne, da det ellers kan føre til en systematisk undervurdering af forvrængningens omfang ved mindre mål. Denne begrænsning er dog inddraget i analysen af resultaterne i nærværende undersøgelse.

Kombinationen af BPI og BSE giver en mere nuanceret og metodisk komplet vurdering af kropsforvrængning, hvor hver metode kan kompensere for den andens begrænsninger.

9.1.3 Metriske og depictive BSE metoder

Som tidligere beskrevet findes der en bred vifte af BSE metoder, som overordnet kan inddeles i to hovedkategorier: metriske og depictive. Denne undersøgelse anvender en metrisk tilgang, hvor deltageren angiver størrelsen på forskellige kropsdele i centimeter. Depictive metoder bygger på visuelle repræsentationer, hvor deltagerens kropsbillede manipuleres og vurderes i forvrænget form.

BSE er oprindeligt udviklet til at måle den perceptuelle dimension af kropsopfattelse og altså, hvordan individer visuelt opfatter deres kropsstørrelse, hvilket de depictive metoder netop fokuserer på. Af denne grund fremstilles depictive metoder ofte i forskningen som havende bedre psykometriske egenskaber end de metriske metoder (Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014). Ifølge Mölbert et al. (2017) er der imidlertid behov for at revurdere forståelsen af BSE. Forskning viser nemlig, at forvrænget kropsopfattelse omfatter både perceptuelle dimensioner og holdningsmæssige dimensioner, herunder kognitive og affektive aspekter. Overestimering af kropsstørrelse bør dermed ikke udelukkende tolkes som et udtryk for forvrænget perception. Det er derfor vigtigt at anvende BSE metoder, der integrerer begge dimensioner (Mölbert et al., 2017).

En række reviews har vurderet og sammenlignet metriske og depictive BSE-metoder og finder, at graden af kropsforvrængning er modereret af den anvendte metode. Resultaterne peger på, at både kliniske og ikke-kliniske deltagere estimerer deres kropsstørrelse mere nøjagtigt ved depictive metoder, mens der konsekvent observeres en større overestimering ved metriske metoder (Farrell et al., 2005; Mölbert et al., 2017; Gardner & Brown, 2014). Mölbert et al. (2017) peger på, at dette skyldes, at metriske metoder indfanger flere aspekter af forvrænget kropsopfattelse. Dette perspektiv bygger på Longos model (se bilag 1, figur 2), som skildrer, at vi har flere indre repræsentationer af kroppen (Longo, 2015 as cited in Mölbert et al., 2017). Disse repræsentationer varierer både i, hvor perceptuelle og holdningsprægede de er, men også i hvor bevidste (eksplicite) eller ubevidste (implicitte), de er for individet. Flere kropsrepræsentationer kan være aktive samtidig og påvirker samlet set, hvordan vi opfatter vores krop (Longo, 2015 as cited in Mölbert et al., 2017). Ifølge Longo & Haggard (2012) er de metriske og depictive metoder forskellige med hensyn til, hvor implicitte eller eksplicite repræsentationer de indfanger. Hvor depictive metoder sandsynligvis kun indfanger individets eksplicite kropsopfattelse, det vil sige hvordan man synes

man ser ud, indfanger de metriske metoder også mere implicite kropsrepræsentationer (Longo & Haggard, 2012; Mölbert et al., 2017). Set i lyset af denne model kan en større grad af overestimering ved metriske metoder være et udtryk for, at disse metoder indfanger en bredere og dybere forståelse af forvrænget kropsopfattelse sammenlignet med depictive metoder. Metriske metoder bør derfor betragtes som et mere validt og nuanceret mål for forvrænget kropsopfattelse (Mölbert et al., 2017).

Dette perspektiv kan bidrage til at forklare, hvorfor denne undersøgelse finder en relativt høj grad af overestimering i en ikke-klinisk population. Det tyder på, at den metriske metode ikke blot måler den bevidste, visuelle opfattelse af kroppen, men også indfanger underliggende og ubevidste dimensioner, der præger kropsopfattelsen. Mens depictive metoder i højere grad måler, hvordan man tror, man ser ud, indfanger den metriske metode også, hvordan man føler, man ser ud. Dermed bliver den metriske metode ikke blot et mål for perceptuel forvrængning, men et mere nuanceret mål, der også afspejler de dybereliggende mekanismer, som former individets kropsopfattelse.

9.1.4 Perspektivering af vores BPI resultater

Størstedelen af forskningen inden for forvrænget kropsopfattelse anvender BSE metoder og vurderer graden af forvrængning ved hjælp af BPI målet (Mölbert et al., 2017; Farrell et al., 2005; Gardner & Brown, 2014). Trods disse metodologiske fællesnævner er feltet præget af så betydelig metodologisk variation, at pålidelige sammenligninger af resultater på tværs af studier er stærkt begrænsede. Først og fremmest eksisterer der markante forskelle både i valg af BSE-metode (metrisk versus depictiv) samt væsentlige variationer inden for de enkelte metodetyper. Indenfor de metriske metoder måles der eksempelvis på forskellige kropsmål, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne de samlede BPI-scorer for kroppen. Dertil kommer, at størstedelen af forskningsstudierne ikke rapporterer de enkelte BPI-scorer for de forskellige kropsmål, hvilket hindrer en sammenligning af de specifikke kropsmål. Slutteligt er den anvendte BSE metode stadig under udvikling, hvorfor ingen anden forskning benytter præcis samme metode eller måler på alle de samme kropsmål. En direkte sammenligning af BPI med eksisterende forskning vil derfor være metodisk usikker og potentielt misvisende.

På trods af metodologiske forskelle, som begrænser muligheden for direkte sammenligning af resultater, kan tidligere forskningsstudier give værdifulde perspektiver på nærværende undersøgelsesresultater. Et metodisk sammenligneligt studie af

Schneider et al. (2009), anvender en metrisk BSE-metode og opgør graden af forvrængning på samme vis som BPI målet. Studiet viser en gennemsnitlig overestimering på 30% blandt patienter med spiseforstyrrelser, mens kontrolpersoner overestimerede med 8-16%. Et metodisk tilsvarende studie af Dalhoff et al. (2019) rapporterer en overestimering på 33% hos AN patienter og 11% hos en rask kontrolgruppe. Da både Schneider et al. (2009) og Dalhoff et al. (2019) anvender omkredsmål, sammenholdes disse med nærværende undersøgelses cirkulære mål. Her er der fundet en gennemsnitlig overestimering på 26.37% blandt deltagere med klinisk relevant spiseforstyrrelsessymptomatologi og 15.09% hos deltagere uden. Nærværende fund er sammenlignelige med resultaterne fra de to studier, hvilket vidner om metodisk konsistens og styrker validiteten af undersøgelsen.

Et depictivt studie af Shafran & Fairburn (2002) finder, at patienter med kliniske spiseforstyrrelser overestimerer med 17.1%, sammenlignet med raske kontrolpersoner, der overestimerer med 6.3% (Shafran & Fairburn, 2002). Disse resultater for overestimering er markant lavere end hos de to tidligere studier (Schneider et al., 2009; Dalhoff et al. 2019) samt i nærværende undersøgelse. Som tidligere nævnt kan dette forklares med, at forskning konsekvent finder en større overestimering ved metriske metoder sammenlignet med depictive metoder (Farrell et al., 2005; Mölbert et al., 2017; Gardner & Brown, 2014).

På trods af metodiske forskelle tegner der sig et robust mønster på tværs af studier og målemetoder, hvor personer med spiseforstyrrelsessymptomatologi overestimerer deres kropsstørrelse i markant højere grad end personer uden sådanne symptomer.

9.2 Spørgeskemaundersøgelse

I det følgende afsnit diskuteres anvendelsen af spørgeskemaundersøgelsen som metodisk tilgang i nærværende speciale. Metodens styrker og begrænsninger præsenteres, og der diskuteres potentielle indvirkninger af bias på undersøgelsens resultater.

Spørgeskemaet er, som nævnt, en af de mest udbredte metoder inden for kvantitativ forskning (Toepoel, 2015), hvilket i høj grad kan tilskrives en række metodiske fordele, der gør det særligt velegnet til systematisk indsamling og analyse af empirisk data. En central styrke ved spørgeskemaundersøgelsen til dataindsamling er dens

egnethed til at indhente information fra et stort antal personer inden for en relativ kort tidsramme (Toepoel, 2015). Spørgeskemaet udmærker sig desuden ved at være en praktisk og let tilgængelig metode, idet det ikke kræver omfattende ressourcer eller involvering af forskningsassistenter, men primært forudsætter deltageres udfyldelse (Paulhus & Vazire, 2007). I denne undersøgelse er spørgeskemaet distribueret online, hvilket øger metodens fleksibilitet og omkostningseffektivitet, idet deltagerne selv kan tilgå og besvare spørgeskemaet digitalt (Toepoel, 2015; Møller, 2016). Coolican (2019) understreger desuden, at det online format i højere grad fremmer mere ærlige svar fra deltageren, da det giver en oplevelse af øget anonymitet. Spørgeskemaundersøgelsen vurderes således som særligt hensigtsmæssig i nærværende undersøgelses kontekst, da den muliggør en hurtig, effektiv og skalerbar dataindsamling inden for de givne tidsmæssige og ressourcemæssige rammer. En anden væsentlig styrke ved spørgeskemaundersøgelsen er dens potentiale til at opnå en høj repræsentativitet, idet metoden gør det muligt at indhente data fra et bredt udsnit af en given population, hvilket understøtter resultaternes generaliserbarhed (Møller, 2016).

Udarbejdelsen af spørgeskemaet indebærer en række metodiske overvejelser, som er relevante at tage i betragtning, da de kan føre til utilsigtede effekter og systematiske skævheder i besvarelsene (Møller, 2016). En central faktor er spørgeskemaets længde, som kan påvirke respondenternes motivation og gennemførelsesrate (Møller, 2016; Sahlqvist et al., 2011). I denne undersøgelse har spørgeskemaet en estimeret svartid på 15 minutter og omfatter et relativt højt antal spørgsmål. På trods af dette opnåede vi 125 fuldførte besvarelser, hvilket tyder på, at spørgeskemaets længde ikke har haft en negativ effekt på deltageres svarvillighed. Den omfattende mængde spørgsmål og anvendelsen af forskellige standardiserede skalaer har derimod bidraget til et solidt og informationsrigt datagrundlag.

En anden potentiel skævhed, der kan påvirke besvarelsernes validitet, er *recall bias*, som refererer til en systematisk skævhed, der opstår, når deltagere fejlagtigt rapporterer oplysninger som følge af begrænset eller unøjagtig hukommelse (Althubaiti, 2016). Dette kan medføre over- eller underrapportering af adfærd, hvilket kan give et mindre retvisende billede af det undersøgte fænomen (Althubaiti, 2016). En måde at minimere recall bias på, er ved at reducere genkaldelsesperiodens længde, så deltagerne skal forholde sig til en kortere tidsramme, eller så rapporteringen vedrører nyere og mere tilgængelige erfaringer (Althubaiti, 2016). I vores undersøgelse er genkaldelsesperioden afgrænset til maksimalt 28 dage, hvilket må betragtes som en relativt kort

og håndterbar tidsramme. Dog kan 28 dage stadig udgøre en udfordring i konteksten af EDE-Q, hvor deltagerne skal redegøre for deres spiseadfærd med en høj detaljeringsgrad, herunder specifikke episoder og mængder. I sådanne tilfælde kan en genkaldelsesperiode på 28 dage overstige, hvad deltagerne med præcision kan erindre. Dette bør tages i betragtning ved fortolkningen af disse resultater.

En anden faktor, der kan påvirke deltagernes svarvillighed, er den kognitive belastning, som kan opleves under besvarelsen af spørgeskemaet (Møller, 2016). Dette er særlig relevant, da spørgeskemaet indeholder følsomme og potentielt belastende spørgsmål om spisevaner, angst, depression og suicidalitet. For at imødekomme denne udfordring, blev deltagerne indledningsvist informeret om spørgeskemaets indhold samt deres ret til at afbryde undersøgelsen når som helst. Formålet med dette var at sikre gennemsigtighed om undersøgelsens karakter og dermed understøtte deltagernes autonomi og tryghed gennem besvarelsesprocessen (Øvreeide, 2013).

I vores spørgeskemaundersøgelse anvendes forhåndsdefinerede svarmuligheder, hvilket muliggør en effektiv kvantificering af data ved omsætning til numeriske værdier. Dette sikrer et solidt grundlag for statistiske analyser og faciliterer identificering af mønstre og tendenser på tværs af det undersøgte sample (Toepoel, 2015). Dette er særligt relevant for nærværende undersøgelse, hvor et af formålene netop er at afdekke overordnede sammenhænge i undersøgelsespopulationen. Samtidig begrænser de faste svarkategorier deltagernes mulighed for at udtrykke nuancerede holdninger og erfaringer, hvorved dybereliggende perspektiver ikke inkluderes. Denne afgrænsning er dog bevidst, da undersøgelsens mål ikke er at opnå detaljerede individuelle indsigter, men snarere at skabe et billede af deltagernes symptomgrad og overblik over generelle tendenser.

9.2.1 Selvrapportering

Det anvendte spørgeskema bygger på selvrapportering, hvor deltagerne selv angiver deres adfærd, holdninger og oplevelser. Selvom formålet med undersøgelsen ikke er at opnå dybdegående, individuelle beskrivelser, er det afgørende at opnå indsigt i deltagernes adfærd og følelsesmæssige tilstande - et område, som er velegnet til selvrapportering. En central styrke ved selvrapportering er netop dens evne til at indfange information, som kun individet selv har direkte adgang til, herunder subjektive erfaringer og emotionelle tilstande (Paulhus & Vazire, 2007; Althubaiti, 2016).

Selvrapportering anses derfor som et centralt redskab til at belyse individets indre liv og oplevelsesverden (Paulhus & Vazire, 2007). I nærværende undersøgelse udgør dette en metodisk styrke, da formålet netop er at undersøge deltagernes kropsoptagelse, spiseadfærd og emotionelle tilstande - subjektive forhold, som kan være vanskelige at afdække gennem andre dataindsamlingsmetoder.

Fairburn & Cooper (1987) rejser imidlertid væsentlig kritik af selvrapporteringsspørgeskemaers evne til at vurdere komplekse psykologiske fænomener og underliggende overbevisninger. De fremhæver særligt metodiske udfordringer forbundet med operationaliseringen og fortolkningen af adfærdsmæssige karakteristika relateret til spiseforstyrrelsessymptomatologi (Fairburn & Cooper, 1987). Et centralt eksempel angår begrebet "overspisning" i EDE-Q, som ikke er tydeligt defineret. Dette overlader tolkningen til den enkelte respondent, hvilket kan føre til vilkårlige og inkonsistente besvarelser baseret på individuelle tolkninger (Fairburn & Cooper, 1987).

Det er endvidere væsentligt at være opmærksom på de metodiske begrænsninger, som er forbundet med anvendelsen af selvrapportering. Selv når respondenterne tilstræber at afgive ærlige og reflekterede svar, er metoden sårbar over for forskellige former for bias og unøjagtigheder (Paulhus & Vazire, 2007). Det er derfor nødvendigt at forholde sig kritisk til validiteten af selvrapporteret data, særligt når der er tale om komplekse og følelsesladede fænomener som dem, der undersøges i nærværende studie. Besvarelserne kan være påvirket af flere faktorer, herunder deltagernes motivation samt deres evne til selvindsigt og reflektiv vurdering af egne oplevelser og handlinger (Paulhus & Vazire, 2007). Da spørgeskemaet omhandler følsomme emner, foreligger der en risiko for SDB, hvor deltagerne nedtoner adfærd, der opfattes som socialt uacceptabelt (Nederhof, 1985; Althubaiti, 2016). Selvom deltagernes anonymitet kan have reduceret denne bias, kan SDB ikke udelukkes helt, da det er en af de mest udbredte kilder til bias (Nederhof, 1985). Hertil kommer, at selvrapportering generelt er sårbar over for unøjagtigheder som følge af deltagernes motivation samt deres evne til selvindsigt og refleksionsniveau (Paulhus & Vazire, 2007). For at imødegå disse begrænsninger og minimere risikoen for fejlfortolkninger, anvender undersøgelsen udelukkende standardiserede skalaer med gode psykometriske egenskaber, hvilket bidrager til at sikre høj målevaliditet.

9.3 Forvrænget kropsofattelse og BED

Som beskrevet i teoriafsnittet er BED den mest udbredte spiseforstyrrelse i Danmark (Spiseforstyrrelse.dk, n.d. b). Trods den høje prævalens forbliver BED i vid udstrækning en overset lidelse præget af omfattende mørketal og systematisk underrapportering. Dette kan i høj grad tilskrives den manglende offentlige og kliniske anerkendelse af lidelsen, den begrænsede faglige viden samt det stigmatiserende narrativ, der er knyttet til overvægt (Côté et al., 2025; Barnes & Lawson, 2024). Den manglende accept og det vedvarende stigma hæmmer ikke alene individets egen erkendelse af lidelsen, men undergraver også sundhedsvæsenets evne og vilje til at identificere og behandle BED. Som konsekvens heraf forbliver en stor andel af personer med klinisk relevante BED-symptomer oversete i sundhedssystemet.

En central barriere for anerkendelse og behandling af BED er, at spiseforstyrrelsen fortsat ikke indgår som selvstændig diagnose i det gældende internationale diagnosesystem, ICD-10. I stedet er BED placeret under den brede og diagnostisk uklare kategori “Andre spiseforstyrrelser” (Sundhedsstyrelsen, 2021; WHO, 1994). Denne diagnostiske uklarhed svækker både den kliniske og offentlige erkendelse af lidelsens alvor og kompleksitet, og besværliggør muligheden for differentieret behandling i klinisk praksis (Hilbert et al., 2019). Det er bemærkelsesværdigt, at BED i 2025 stadig ikke er anerkendt som spiseforstyrrelse i ICD-10, til trods for, at lidelsen har været anerkendt som selvstændig diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-5 siden 2013 (APA, 2013). Denne vedvarende diagnostiske uklarhed har ikke alene konsekvenser for behandlingsadgang og klinisk praksis, men bidrager også til en systematisk underrapportering i det kliniske felt. Det er dermed nærliggende at antage, at de divergerende prævalensrater i højere grad afspejler vanskelighederne med at identificere og klassificere BED korrekt, end en afspejling af den reelle forekomst i befolkningen.

BED er imidlertid inkluderet som selvstændig diagnose i den kommende ICD-11, hvilket markerer et skridt mod øget klinisk legitimitet (WHO, 2025). Alligevel rummer både ICD-11 og DSM-5 væsentlige mangler i deres beskrivelse og forståelse af lidelsen. Særligt påfaldende er fraværet af forvrænget kropsofattelse som diagnostisk kriterium ved BED, til trods for at det indgår i beskrivelsen af både AN og BN i begge systemer (WHO, 2025; APA, 2013). Det er dog værd at nævne, at hvor kropsoforvrængning i ICD-10 er eksplicit anført som centralt kriterium for både AN og BN (WHO, 1994), er det i DSM-5 kun tydeligt formuleret ved AN. Ved BN reduceres

kropsforvrængning til formuleringen: “selvevaluering påvirkes i udpræget grad negativt af vægt og figur” (APA, 2013), hvilket afspejler en generel begrænset anerkendelse af symptomets kliniske betydning uden for AN-diagnosen. Fraværet af kropsforvrængning i BED-kriterierne fremstår som en væsentlig og problematisk udeladelse, særligt i lyset af omfattende evidens for, at kropsforvrængning er et centralt og gennemgribende symptom ved BED på niveau med AN og BN (Artoni et al., 2021; Wardle et al., 2001; Lewer et al., 2016). At dette ikke er afspejlet i de officielle klassifikationssystemer, peger på en konsekvent undervurdering af kompleksiteten ved BED og udgør en barriere for både diagnostisk præcision og behandling.

At forvrænget kropsopfattelse ikke anerkendes som et centralt symptom ved BED, som det gør ved AN og BN, skyldes formentlig, at forvrængningen fremstår mindre synlig hos personer med BED. Hvor personer med AN typisk er undervægtige og personer med BN ofte er normalvægtige, er BED typisk forbundet med svær overvægt. Særligt hos personer med AN bliver kropsforvrængning åbenlys og tydeligt patologisk, eksempelvis når en alvorligt undervægtig person oplever sig selv som svært overvægtig. Den markante kropslige diskrepans kan således få symptomet til at fremstå mere fremtrædende i den diagnostiske vurdering. Omvendt kan kropsforvrængning hos overvægtige BED-personer let forblive skjult eller negligeres, fordi omgivelserne fejlagtigt kan tolke deres negative kropsopfattelse som en realistisk reaktion på deres faktiske vægt. Dette medfører, at en patologisk og forvrænget kropsopfattelse risikerer at blive overset på trods af, at den kan være lige så gennemgribende som hos den undervægtige AN-patient. Denne blindhed over for forvrængning ved BED vidner om et alvorligt vægtstigma (AED, 2020) både i samfundet og i klinisk praksis og vidner om en grundlæggende fejlopfattelse i forståelsen, opsporingen og behandlingen af BED. Resultatet af dette er en systematisk skævhed i den kliniske vurdering, hvor kropsforvrængning hos personer med BED i højere grad negligeres sammenlignet med andre spiseforstyrrelser. Dette understreger behovet for en øget anerkendelse af kropsforvrængning som et klinisk relevant symptom hos patienter med BED, på samme måde som hos patienter med AN og BN.

10. Fremtidig forskning

Undersøgelsen bidrager med viden til fremtidig forskning inden for kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos ikke-kliniske populationer. Nedenstående afsnit vil fremhæve centrale perspektiver for fremtidig forskning baseret på det indeværende speciale.

Undersøgelsens sample består primært af yngre kvinder, hvilket begrænser generaliserbarheden til den bredere danske befolkning. For at opnå en mere nuanceret forståelse af, hvordan de undersøgte fænomener varierer på tværs af køn og alder, bør fremtidig forskning tilstræbe større demografisk diversitet. Det må desuden forventes, at graden af forvrænget kropsopfattelse vil være lavere i et mere heterogent sample med en jævn repræsentation af køn og alder.

Nærværende undersøgelse baserer sig på en ikke-klinisk population og opererer dermed med en implicit opdeling mellem en klinisk og en ikke-klinisk gruppe. Dette rejser spørgsmålet om, hvordan resultaterne ville tage sig ud i et undersøgelsesdesign med en eksplicit opdeling mellem en klinisk population bestående af patienter med spiseforstyrrelser og en rask kontrolgruppe. En sådan tilgang ville muliggøre en mere præcis og differentieret vurdering af, i hvilken grad forvrænget kropsopfattelse adskiller sig mellem grupperne, og dermed bidrage til en mere nuanceret forståelse af det patologiske kontinuum af kropsforvrængning. En begrænsning ved undersøgelsespopulationen er endvidere de begrænsede samplestørrelser ved inddeling af samplet i grupper, særligt for mandlige deltagere og deltagere med spiseforstyrrelsessymptomer. Dette reducerer generaliserbarheden af resultaterne. Fremtidig forskning bør derfor inkludere større sample grupper for at teste reproducerbarheden af disse fund. En måde at opnå større samplestørrelser i den kliniske gruppe kunne være at sænke cut-off værdien for klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer til 2. Dette er en praksis der før er anvendt i tidligere forskning (Graungaard et al. 2023; Rasmussen et al., 2025; Kjærdsdam Telléus et al., 2015). Ved at inkludere deltagere med subkliniske symptomer i den kliniske gruppe kan fremtidige studier opnå et mere differentieret billede af sammenhængen mellem forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer.

Undersøgelsen identificerede markante kønsforskelle i forvrænget kropsopfattelse, hvilket formentlig afspejler, at samplet er udgjort af en ikke-klinisk population. I kliniske populationer med diagnosticerede spiseforstyrrelser observeres tilsvarende kønsforskelle ikke, da symptomatologien i høj grad er kønsafhængig. Dette rejser et

centralt spørgsmål for fremtidig forskning: Hvornår bliver kropsforvrængning så udtalt, at den markerer et patologisk niveau, hvor symptombilledet manifesterer sig ensartet på tværs af køn? Endvidere er undersøgelsen forankret i en vestlig kontekst, hvor kulturelle normer og idealer om tyndhed er dominerende og spiller en central rolle i udviklingen af forvrænget kropsopfattelse. Den kulturelle ramme synes at have indflydelse på både forekomsten og udtrykket af forvrængningen, hvilket begrænser resultaternes generaliserbarhed til andre kulturer. For at opnå en mere nuanceret forståelse af, hvordan kulturelle faktorer former kropsopfattelsen, er det afgørende, at fremtidig forskning replikerer studiet i andre kulturelle kontekster, hvor andre kropsidealer er fremherskende. En sådan tilgang vil kunne klarlægge, i hvilken grad forvrænget kropsopfattelse er kulturelt betinget, og dermed bidrage til en mere nuanceret forståelse af kropsforvrængningens udtryk og manifestation. Desuden peger undersøgelsens fund på en udtalt forekomst af kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomer blandt psykologistuderende, hvilket indikerer, at visse uddannelsesretninger kan være forbundet med øget sårbarhed. Fremtidig forskning bør derfor undersøge, om lignende mønstre gør sig gældende i andre studie- og beskæftigelseskontekster. Endelig er det bemærkelsesværdigt, at ingen deltagere i undersøgelsen identificerede sig uden for den binære kønsforståelse. Forskning peger imidlertid på, at personer med andre kønsidentiteter har forhøjet risiko for udvikling af kropsforvrængning. Der er derfor et behov for, at fremtidig forskning inkluderer kønsminoriteter og belyser, hvordan kropsforvrængning og spiseforstyrrelsessymptomer udspiller sig i disse grupper. Ligeledes er etnicitet og seksualitet underbelyste perspektiver i forskningen til trods for deres dokumenterede betydning i kropsforvrængning og spiseforstyrrelser. En mere inkluderende forskningsindsats, der adresserer disse aspekter, er afgørende for at forstå og behandle kropsforvrængning i hele dens kompleksitet.

Slutteligt er den anvendte BSE-metode fortsat under udvikling og mangler derfor endnu formel validering. For at sikre metodens reliabilitet og anvendelighed bør fremtidig forskning prioritere empirisk validering af metoden. Når en valideret version foreligger, vil det være væsentligt at replikere nærværende undersøgelse for at vurdere, om de observerede sammenhænge mellem spiseforstyrrelsessymptomer og kropsforvrængning kan reproducere og bekræftes.

11. Konklusion

Det foreliggende speciale har undersøgt forvrænget kropsovfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi med afsæt i følgende problemformulering:

Hvordan optræder forvrænget kropsovfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos en ikke-klinisk population af voksne danskere? Og findes der kønsforskelle? Endeligt vil sammenhængen mellem livskvalitet og henholdsvis forvrænget kropsovfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi undersøges.

Undersøgelsen finder en konsekvent tendens til kropslig overestimering i en ikke-klinisk population af voksne danskere. Denne tendens er fundet på tværs af målemetoder og indikerer, at den almene befolkning opfatter deres krop som større, end den reelt er. Deltagere med selvrapporterede, klinisk relevante spiseforstyrrelsessymptomer udviser markant højere kropslig overestimering og større kropstilfredshed end deltagere uden spiseforstyrrelsessymptomer. Der er tilmed fundet positive, statistisk signifikante sammenhænge mellem spiseforstyrrelsessymptomatologi og både graden af overestimering og kropstilfredshed. Disse fund indikerer, at jo højere symptomniveau, desto større overestimering og kropstilfredshed. Derudover indikerer undersøgelsens resultater endvidere en sammenhæng mellem spiseforstyrrelsessymptomatologi og nedsat livskvalitet, særligt hvad angår psykologisk trivsel, samt en øget forekomst af komorbide symptomer på angst og depression. Disse fund understreger de omfattende og alvorlige konsekvenser, som forvrænget kropsovfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer har for individets velbefindende. Fundene er i overensstemmelse med eksisterende forskning på området.

Undersøgelsen afslører desuden markante kønsforskelle i forvrænget kropsovfattelse hos den ikke-kliniske population. Kvinder overestimerer konsekvent deres kropsstørrelse mere end mænd og rapporterer en væsentlig højere kropstilfredshed uanset målemetode. Resultaterne peger entydigt på, at kvinder har en mere forvrænget kropsovfattelse end mænd. Endvidere viser undersøgelsen, at kvinder primært ønsker sig en mindre krop, mens mænd omvendt ønsker en større, hvilket er i overensstemmelse med de gængse kønsspecifikke kropsidealer. Fundene bekræfter tidligere forskning, der dokumenterer, at kvinder i højere grad end mænd oplever forvrænget

kropsopfattelse, og herunder større kropsutilfredshed og en udtalt tendens til at overestimere deres kropsstørrelse.

Ovenstående fund besvarer undersøgelsens problemformulering og dokumenterer, at forvrænget kropsopfattelse optræder i en ikke-klinisk population af voksne danskere som en generel tendens til kropslig overestimering og kropsutilfredshed, omend i en mildere form end ved spiseforstyrrelsessymptomatologi. Der er fundet støtte til de opstillede hypoteser, da der er fundet en positiv sammenhæng mellem forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer, samt væsentlige kønsforskelle, hvor forvrænget kropsopfattelse forekommer i markant højere grad blandt kvinder.

Undersøgelsen understreger behovet for en nuanceret forståelse af forvrænget kropsopfattelse, både som et alment fænomen i den generelle befolkning og som et væsentligt klinisk symptom. Det er i den sammenhæng afgørende at anerkende, at kropsforvrængning ikke nødvendigvis manifesterer sig ved overestimering af egen krop, men kan tage andre former i kulturer med andre kropsidealer. Undersøgelsen peger endvidere på nødvendigheden af en standardiseret metode til kvantificering af forvrænget kropsopfattelse samt etablering af et klinisk cut-off for patologisk kropsforvrængning. I denne forbindelse bidrager nærværende undersøgelse med normdata til et større internationalt forskningsprojekt, som netop har til formål at udvikle en kvantitativ metode til identifikation og måling af forvrænget kropsopfattelse.

Referenceliste

- Academy of Eating Disorders (2020). *Eating Disorders: Guidebook for nutrition treatment of eating disorders*. AED report, 1st edition.
- Academy of Eating Disorders (2021). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care*. AED report, 4th edition.
- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281–1296. <https://doi.org/10.1002/eat.22783>
- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375–381. <https://doi.org/10.1002/erv.1100>
- Alhubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- Alvy, L. M. (2013). Do lesbian women have a better body image? Comparisons with heterosexual women and model of lesbian-specific factors. *Body image*, 10(4), 524-534. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.002>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. ed.). Arlington, VA: APA. (Sektion II: 227-234).
- Andersen, H. (1999). *Spiseforstyrrelser: forekomst, årsager, symptomer, tidlige tegn, de professionelle voksnes opgaver*. Sundhedsstyrelsen. (pp. 24-26)
- Andersen, M., Jørgensen, L., & Davidsen, S. (2016). Litteratur- og informationssøgning i samfundsvidenskaberne. I Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (1. udgave.). Samfundslitteratur. (pp. 57-71)

- Artoni, P. (2024). Body image disturbance in eating disorders. *Wikijournal of Medicine*, 11(1), X-. <https://doi.org/10.15347/wjm/2024.001>
- Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., Minneci, D. G., Scita, F., Turrini, G., De Bernardis, M., & Pingani, L. (2021). Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: a case–control efficacy study. *Eating and Weight Disorders*, 26(2), 499–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00875-x>
- Bamford, B., & Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 147-153. <https://doi.org/10.1002/erv.975>
- Barnes, R. D., & Lawson, J. L. (2024). Weight stigma and binge eating related to poorer perceptions of healthcare provider interaction quality in a community-based sample. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01093-x>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bello, N. T., & Hajnal, A. (2010). Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacology Biochemistry and behavior*, 97(1), 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.04.016>
- Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, 4(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.12.002>
- Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori*. (2. udgave). Munksgaard. (pp. 3-103).
- Blashill, A. J., & Wilhelm, S. (2014). Body Image Distortions, Weight, and Depression in Adolescent Boys: Longitudinal Trajectories Into Adulthood. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/a0034618>

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7)
- Borowiec, J., Banio-Krajnik, A., Malchrowicz-Moško, E., & Kantanista, A. (2023). Eating disorder risk in adolescent and adult female athletes: The role of body satisfaction, sport type, BMI, level of competition, and training background. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13102-023-00683-7>
- Bosi, M. L. M., Uchimura, K. Y., & Luiz, R. R. (2009). Eating behavior and body image among psychology students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 150-155. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300002>
- Boyd, H. K., Kass, A. E., Accurso, E. C., Goldschmidt, A. B., Wildes, J. E., & Le Grange, D. (2017). Relationship between desired weight and eating disorder pathology in youth. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 963-969. <https://doi.org/10.1002/eat.22720>
- Brand, P. A., Rothblum, E. D., & Solomon, L. J. (1992). A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 253-259. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<253::AID-EAT2260110308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<253::AID-EAT2260110308>3.0.CO;2-J)
- Brokjøb, L. G., Cornelissen, P. L., Gumančík, J., McCarty, K., Tovée, M. J., & Cornelissen, K. K. (2024). Evidence for a specific distortion in perceptual body image in eating disorders: A replication and extension. *PloS One*, 19(11), e0313619-. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313619>
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24(2), 187-194.
- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Evaluating the convergence of muscle appearance attitude measures. *Assessment*, 11(3), 224-229. <https://doi.org/10.1177/1073191104267652>

- Calogero, R. M., Davis, W. N., & Thompson, J. K. (2005). The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders. *Sex roles*, 52, 43-50. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-1192-9>
- Calzo, J. P., Austin, S. B., & Micali, N. (2018). Sexual orientation disparities in eating disorder symptoms among adolescent boys and girls in the UK. *European child & adolescent psychiatry*, 27(11), 1483-1490. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1145-9>
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Current psychiatry reports*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology* (3. udg.). Routledge. (pp. 687-727).
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1989). Gender and body images: Stereotypes and realities. *Sex roles*, 21, 361-373. <https://doi.org/10.1007/BF00289597>
- Cash, T. F., & Deagle III, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J)
- Cash, T. F., & Hicks, K. L. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 327–341. <https://doi.org/10.1007/BF01184000>
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8(S1), 96–104. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1998\)8:1+<96::AID-DA15>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)8:1+<96::AID-DA15>3.0.CO;2-4)

- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153– 160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Christensen, G. (2020). *Psykologiens videnskabsteori: En introduktion* (2. udg.). Samfundslitteratur (pp.17-92).
- Ciwoniuk, N., Wayda-Zalewska, M., & Kucharska, K. (2022). Distorted Body Image and Mental Pain in Anorexia Nervosa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 718-. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010718>
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Coolican, H. (2019). *Research methods and statistics in psychology* (7. ed.). Routledge: Taylor & Francis Group. (pp. 3-32, 33-65, 299-322 & 437-466)
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1983). Binge-eating and self-induced vomiting in the community: A preliminary study. *The British Journal of Psychiatry*, 142(2), 139-144. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.2.139>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 6(1), 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807-812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>
- Côté, M., Roy, M. P., Rodrigue, C., & Bégin, C. (2025). Binge eating disorder recognition and stigma among an adult community sample. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01162-1>

- Cornelissen, P. L., Johns, A., & Tovée, M. J. (2013). Body size over-estimation in women with anorexia nervosa is not qualitatively different from female controls. *Body Image*, 10(1), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.003>
- Dalhoff, A. W., Romero Frausto, H., Romer, G., & Wessing, I. (2019). Perceptive Body Image Distortion in Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 748–748. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00748>
- Danmarks Radio (2016). Grafik: Se tidens skiftende kropsidealer. Tilgået d. 9/4/2025 fra <https://www.dr.dk/nyheder/kultur/grafik-se-tidens-skiftende-kropsidealer>
- Danmarks Statistik. (n.d.). *Regler for hjemtagelse af analyseresultater*. Danmarks Statistik. Tilgået d. 5/5-2025 fra <https://www.dst.dk/da/>
- De la Rie, S. M., Noordenbos, G., & Van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of life research*, 14, 1511-1521. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0
- Donnelly, B., Touyz, S., Hay, P., Burton, A., Russell, J., & Caterson, I. (2018). Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 6, 1-24. DOI 10.1186/s40337-018-0187-1
- Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Joiner, T. E. (2019). Prevalence of self-injurious thoughts and behaviors in transgender individuals with eating disorders: A national study. *Journal of adolescent health*, 64(4), 461-466. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.016>
- Ellison, Z., Foong, J., Howard, R., Bullmore, E., Williams, S., & Treasure, J. (1998). Functional anatomy of calorie fear in anorexia nervosa. *The Lancet*, 352(9135), 1192. DOI:10.1016/S0140-6736(05)60529-6
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)

- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet (British Edition)*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal psychology*, 94(1), 102. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.94.1.102>
- Farrell, C., Shafran, R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(5), 289-300. <https://doi.org/10.1002/erv.693>
- Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: a review. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 75–88. <https://doi.org/10.1002/erv.622>
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological science*, 9(3), 190-195. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00036>
- Fekih-Romdhane, F., Daher-Nashif, S., Alhuwailah, A. H., Al Gahtani, H. M. S., Hubail, S. A., Shuwiekh, H. A. M., ... & Jahrami, H. (2022). The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(6), 1991-2010. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01351-w>
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 418–423. <https://doi.org/10.1002/eat.20378>
- Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety in the elderly. *Neurología (English Edition)*, 30(6), 352-358. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.05.002>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th edition ed.). SAGE. (pp.1-46; 93-151; 152-201; 280-323; 333-369; 387-450)

Forskningsservice (n.d.). Forskningsservice på AAU. Tilgået d. 4/5/2025 fra <https://www.forskningsservice.aau.dk/>

Friederich, H. C., Brooks, S., Uher, R., Campbell, I. C., Giampietro, V., Brammer, M., ... & Treasure, J. (2010). Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(10), 2878-2885. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.036>

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of psychology*, 136(6), 581-596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>

Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2014). Body size estimation in anorexia nervosa: A brief review of findings from 2003 through 2013. *Psychiatry Research*, 219(3), 407–410. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.029>

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 10(4), 647-656. <https://doi.org/10.1017/S0033291700054945>

Gardner, R. (2011). What affects body size estimation? The role of eating disorder, obesity, weight loss, hunger, restrained eating, mood, depression, sexual abuse, menstrual cycle, media influence and gender. *Current Psychiatry Reviews*, 7(2), 96-103.

Gaudio, S., & Quattrocchi, C. C. (2012). Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1839–1847. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.003>

GDPR (2025). *Complete guide to GDPR compliance*. GDPR.eu. Tilgået d. 15/3/2025, på <https://gdpr.eu>

Gila, A., Castro, J., Cesena, J., & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: Body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of*

Adolescent Health, 36(3), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.jado-health.2004.02.039>

Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M. L., Adipatria, F., de Jong, P. J., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 101771–101771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101771>

Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., & Striegel-Moore, R. H. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.008>

Gonzales, M., & Blashill, A. J. (2021). Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority U.S. adults. *Body Image*, 36, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.007>

Graungaard, S., Christensen, T. L., Soendergaard, L. N., & Telléus, G. K. (2023). Prevalence of eating disorder symptomatology among outpatients referred to health promotion from somatic hospital departments. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–841. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05331-5>

Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1229–1236. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>

Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder and Overweight Controls: Refinement of a Diagnostic Construct. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 117(2), 414–419. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.414>

Harrison, K., & Hefner, V. (2006). Media Exposure, Current and Future Body Ideals, and Disordered Eating Among Preadolescent Girls: A Longitudinal Panel Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9008-3>

- Harrison, C., Mond, J., Rieger, E., & Rodgers, B. (2015). Generic and eating disorder-specific impairment in binge eating disorder with and without overvaluation of weight or shape. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.002>
- Harvey, J. A., & Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 297–306. <https://doi.org/10.1023/A:1026357505747>
- Helliwell, J. F., Aknin, L. B., Huang, H., Norton, M., Wang, S., Cheung, F., Lee, Y., & Konrath, S. (2025). *World happiness report 2025*. Vancouver School of Economics, University of British Columbia. <https://worldhappiness.report>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(1), 91. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Hussain, M. (2016). Datapræsentation og fordeling. I Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (1. udgave.). Samfundslitteratur. (pp. 235–249).
- Idini, E., Paredes-Carreño, P., Navarro-Gil, M., Barceló-Soler, A., Valera-Ceamanos, D., & Garcia-Campayo, J. (2024). Age of traumatic experience as a predictor of distorted body image in patients with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(3), 1043–1057. <https://doi.org/10.1177/13591045241251902>
- Jacob, A. V. (2001). Body image distortion and eating disorders: no longer a "culture-bound" topic. *Healthy Weight Journal*, 15(6), 93–96.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational medicine*, 66(2), 174-175. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>
- Jáuregui-Lobera, I., Bolaños-Ríos, P., & Ruiz-Prieto, I. (2012). Thought-shape fusion and body image in eating disorders. *International Journal of General Medicine*, 5, 823–830. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S36324>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 31(1), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Jensen, J. M., & Knudsen, T. (2011). *Analyse af spørgeskemadata med SPSS: Teori, anvendelse og praksis* (2. udg.). Syddansk Universitetsforlag. (pp. 83-94)
- Jensen, M. B. & Møhl, B. (2017). Spiseforstyrrelser. In Simonsen, E. & Møhl, B. (Eds.), *Grundbog i psykiatri*. (2nd ed). Hans Reitzels Forlag. (pp. 477-496).
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of public mental health*, 9(2), 23-31. <https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0326>
- Juul, S., Bech, B.H., Dahm, C.C., Rytter, D. (2017) *Epidemiologi og Evidens* (3rd ed). Munksgaard. (pp.77-106).
- Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. (2016). Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det? I Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (1. udgave.). Samfundslitteratur. (pp. 13-24).
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., Resmark, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Tagay, S., Rothermund, E., Zeeck, A., Ziser, K., Herzog, W., & Löwe, B. (2016). The Relationship of Body Image With Symptoms of Depression and Anxiety in Patients With Anorexia Nervosa During Outpatient Psychotherapy: Results of the AN-TOP Study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(2), 141–151. <https://doi.org/10.1037/pst0000064>

- Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating behaviors*, 6(3), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.003>
- Kayikcioglu, O., Bilgin, S., Seymenoglu, G., & Deveci, A. (2017). State and Trait Anxiety Scores of Patients Receiving Intravitreal Injections. *Biomedicine Hub*, 2(2), 1–5. <https://doi.org/10.1159/000478993>
- Kjaersdam Tellés, G., Jepsen, J. R., Bentz, M., Christiansen, E., Jensen, S. O. W., Fagerlund, B., & Thomsen, P. H. (2015). Cognitive Profile of Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 34–42. <https://doi.org/10.1002/erv.2337>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical psychology review*, 82, 101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Kostecka, B., Kordyńska, K., Murawiec, S., & Kucharska, K. (2019). Distorted body image in women and men suffering from Anorexia Nervosa – a literature review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 21(1), 13–21. <https://doi.org/10.12740/APP/102833>
- Legenbauer, T., Vocks, S., Betz, S., Báguena Puigcerver, M. J., Benecke, A., Troje, N. F., & Rüddel, H. (2011). Differences in the Nature of Body Image Disturbances Between Female Obese Individuals With Versus Without a Comorbid Binge Eating Disorder: An Exploratory Study Including Static and Dynamic Aspects of Body Image. *Behavior Modification*, 35(2), 162–186. <https://doi.org/10.1177/0145445510393478>
- Lena, S., Fiocco, A., & Leyenaar, J. (2004). The Role of Cognitive Deficits in the Development of Eating Disorders. *Neuropsychology Review*, 14(2), 99–113. <https://doi.org/10.1023/b:nerv.0000028081.40907.de>

- Lewer, M., Nasrawi, N., Schroeder, D., & Vocks, S. (2016). Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and Weight Disorders*, 21(1), 115–125. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0200-5>
- Lichtenstein, M. B., Haastrup, L., Johansen, K. K., Bindzus, J. B., Larsen, P. V., Støving, R. K., Clausen, L., & Linnet, J. (2021). Validation of the eating disorder examination questionnaire in danish eating disorder patients and athletes. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3976-. <https://doi.org/10.3390/jcm10173976>
- Liechty, J. M., & Lee, M.-J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 790–800. <https://doi.org/10.1002/eat.22174>
- Longo, M. R., & Haggard, P. (2012). Implicit body representations and the conscious body image. *Acta Psychologica*, 141(2), 164–168. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2012.07.015>
- Lydecker, J. A., White, M. A., & Grilo, C. M. (2017). Form and Formulation: Examining the Distinctiveness of Body Image Constructs in Treatment-Seeking Patients With Binge-Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1095–1103. <https://doi.org/10.1037/ccp0000258>
- Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(5), 565–567. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
- Mallaram, G. K., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., & Pavuluru, P. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: a cross-sectional study among female medical students. *Journal of eating disorders*, 11(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
- Manohar, N., MacMillan, F., Steiner, G. Z., & Arora, A. (2018). Recruitment of research participants. *Handbook of research methods in health social sciences*, 71-98. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_75-1

- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). *British journal of clinical Psychology*, 31(3), 301-306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>
- Mayall, M., Sadhu, R., & McDermott, B. (2025). Contemporary reflections on William Gull's case studies of anorexia nervosa, 150 years on. *European Eating Disorders Review*, 33(2), 199–209. <https://doi.org/10.1002/erv.3139>
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675–685. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00129-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00129-6)
- McClain, Z., & Peebles, R. (2016). Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *The Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1079–1090. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.008>
- McGough, J. J., & Faraone, S. V. (2009). Estimating the size of treatment effects: moving beyond p values. *Psychiatry* (Edgmont (Pa. : Township)), 6(10), 21–29.
- Metzger, R. L. (1976). A reliability and validity study of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 276–278. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197604\)32:2<276::AID-JCLP2270320215>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197604)32:2<276::AID-JCLP2270320215>3.0.CO;2-G)
- Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N., Okamoto, Y., Otagaki, Y., & Yamawaki, S. (2010). Neural processing of negative word stimuli concerning body image in patients with eating disorders: an fMRI study. *Neuroimage*, 50(3), 1333-1339. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.12.095>
- Mitchell, L., MacArthur, H. J., & Blomquist, K. K. (2021). The effect of misgendering on body dissatisfaction and dietary restraint in transgender individuals: Testing a Misgendering-Congruence Process. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1295-1301. <https://doi.org/10.1002/eat.23537>

- Mitchison, D., & Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical epidemiology*, 89-97. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841>
- Mohr, H. M., Rickmeyer, C., Hummel, D., Ernst, M., & Grabhorn, R. (2016). Altered Visual Adaptation to Body Shape in Eating Disorders: Implications for Body Image Distortion. *Perception*, 45(7), 725–738. <https://doi.org/10.1177/0301006616633385>
- Mohr, H. M., Röder, C., Zimmermann, J., Hummel, D., Negele, A., & Grabhorn, R. (2011). Body image distortions in bulimia nervosa: Investigating body size overestimation and body size satisfaction by fMRI. *NeuroImage (Orlando, Fla.)*, 56(3), 1822–1831. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.02.069>
- Mohr, H. M., Zimmermann, J., Röder, C., Lenz, C., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2010). Separating two components of body image in anorexia nervosa using fMRI. *Psychological Medicine*, 40(9), 1519–1529. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991826>
- Mölbart, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P., Karnath, H.-O., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005>
- Mond, J. M., & Hay, P. J. (2011). Dissatisfaction versus over-evaluation in a general population sample of women. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 721–726. <https://doi.org/10.1002/eat.20878>
- Mond, J. M., Owen, C., Hay, P. J., Rodgers, B., & Beumont, P. J. V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 14, 171-178. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2657-y>
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population

- sample of women. *BMC Public Health*, 13(1), 920–920.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-920>
- Moss, M., & Larkin, M. (2009). Body image and eating disorders: A review of the literature. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 342–349.
<https://doi.org/10.1177/1359105308101792>
- Mountjoy, R. L., F. Farhall, J., & L. Rossell, S. (2014). A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 220(1), 507–512. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.073>
- Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? 1. *Journal of applied social psychology*, 27(16), 1438-1452.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x>
- Møller, J. (2016). Spørgeskemaet som metode til indsamling af egne data. I Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (1. udgave.). Samfundslitteratur. (pp. 187-203)
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European journal of social psychology*, 15(3), 263-280. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420150303>
- Noerholm, Groenvold, M., Watt, T., Bjorner, J., Rasmussen, N., & Bech, P. (2004). Quality of Life in the Danish General Population: Normative Data and Validity of WHOQOL-BREF Using Rasch and Item Response Theory Models. *Quality of Life Research*, 13(2), 531–540.
<https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018485.05372.d6>
- Nørholm, V., & Bech, P. (2001). The WHO Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire: Danish validation study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(4).
<https://doi.org/10.1080/080394801681019075>

- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). McGraw-Hill Education. (pp. 53-65 & 213-238).
- Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2007). The self-report method. *Handbook of research methods in personality psychology*, 1(2007), 224-239.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 4(3), 67–78. <https://doi.org/10.1007/s007370200002>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Powers, P. S., Simpson, H., & McCormick, T. (2005). Anorexia Nervosa and Psychosis. *Primary Psychiatry*, 12(4), 39–45.
- Provenzano, L., Porciello, G., Ciccarone, S., Lenggenhager, B., Tieri, G., Marucci, M., Dazzi, F., Loredio, C., & Bufalari, I. (2019). Characterizing Body Image Distortion and Bodily Self-Plasticity in Anorexia Nervosa via Visuo-Tactile Stimulation in Virtual Reality. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 98-. <https://doi.org/10.3390/jcm9010098>
- Psykiatrifonden (n.d). *Spiseforstyrrelser*. Psykiatrifonden. Tilgået d. 16/5/2025, fra <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/spiseforstyrrelser>
- Rambøll (2024) *General Data Protection Regulation (GDPR)*. Rambøll. Tilgået d. 9/4/2025, fra <https://rambollxact.dk/surveyxact>
- Rasmussen, S.M., Dalgaard, M.K., Roloff, M. *et al.* Eating disorder symptomatology among transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord* 11, 84 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00806-y>

- Rasmussen, S. M., Clausen, L., Højgaard, A. D., Pop, M. L., Kjeldsen, M. K., Egedal, J. M., & Telléus, G. K. (2024). Transgender and gender-diverse identity in patients with eating disorders: A national cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1002/erv.3143>
- Rasmussen, S. M., Clausen, L., Højgaard, A. D., Pop, M. L., Kjeldsen, M. K., Egedal, J. M., & Telléus, G. K. (2025). Eating disorder symptomatology among transgender and gender-diverse individuals: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01212-2>
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31(3), 160-168. <https://doi.org/10.1159/000066239>
- Ridolfi, D. R., Myers, T. A., Crowther, J. H., & Ciesla, J. A. (2011). Do appearance focused cognitive distortions moderate the relationship between social comparisons to peers and media images and body image disturbance?. *Sex Roles*, 65, 491-505. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9961-0>
- Rodgers, R. F., Berry, R., & Franko, D. L. (2018). Eating disorders in ethnic minorities: An update. *Current psychiatry reports*, 20, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0938-3>
- Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation, 1984: *Psychology and gender* (pp. 267–307). Lincoln, NE: University of Nebraska Press. DOI: 10.1007/BF00290156
- Roelofs, J., van Breukelen, G., de Graaf, L. E., Beck, A. T., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2013). Norms for the Beck Depression Inventory (BDI-II) in a Large Dutch Community Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 93–98. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9309-2>

- Rosenqvist, E., Konttinen, H., Berg, N., & Kiviruusu, O. (2024). Development of Body Dissatisfaction in Women and Men at Different Educational Levels During the Life Course. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 718–729. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10213-x>
- Russell, G. F. M. (2004). Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 139–152. <https://doi.org/10.1002/erv.575>
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Koivisto, A.-M. (2005). Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eating and Weight Disorders*, 10(2), 98–106. <https://doi.org/10.1007/BF03327531>
- Sahlqvist, S., Song, Y., Bull, F., Adams, E., Preston, J., Ogilvie, D., & iConnect Consortium. (2011). Effect of questionnaire length, personalisation and reminder type on response rate to a complex postal survey: randomised controlled trial. *BMC medical research methodology*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-62>
- Sánchez-Miguel, P. A., Vaquero-Solís, M., Sánchez-Oliva, D., Pulido-González, J. J., Segura-García, C., & Tapia-Serrano, M. A. (2021). Validation of the body image dimensional assessment in adolescents from Spanish high school. *Eating and Weight Disorders*, 26(6), 1749–1756. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00992-7>
- Schneider, N., Martus, P., Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2009). The assessment of body image distortion in female adolescents with anorexia nervosa: The development of a Test for Body Image Distortion in Children and Adolescents (BID-CA). *Eating and Weight Disorders*, 14(2–3), e128–e136. <https://doi.org/10.1007/BF03327810>
- Segura-García, C., Papaianni, M. C., Rizza, P., Flora, S., & De Fazio, P. (2012). The Development and Validation of the Body Image Dimensional Assessment

- (BIDA). *Eating and Weight Disorders*, 17(3), 219–225. <https://doi.org/10.3275/8271>
- Shafran, R., & Fairburn, C. G. (2002). A new ecologically valid method to assess body size estimation and body size dissatisfaction. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 458–465. <https://doi.org/10.1002/eat.10097>
- Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ?. *Sex roles*, 19, 219-232. <https://doi.org/10.1007/BF00290156>
- Skevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 449–459. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00051-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00051-3)
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2011). Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns. *Journal of adolescence*, 34(3), 455-463. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.06.007>
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F. E. R. N. A. N. D. O., Martinez-Urrutia, A. N. G. E. L., Natalicio, L., & Natalicio, D. S. (1971). Development of the Spanish edition of the state-trait anxiety inventory. *Interamerican Journal of psychology*, 5(3-4), 145-158.
- Spiseforstyrrelse (n.d. a) “*Skinny is back*” - *ideal der nægter at dø*. Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Tilgået d. 9/4/2025, fra <https://spiseforstyrrelse.dk/sig-det-hoejt/malene-riis/skinny-is-back-ideal-naegter-doe>
- Spiseforstyrrelse (n.d. b). *Spiseforstyrrelser*. Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Tilgået d. 16/4/2025, fra <https://spiseforstyrrelse.dk/spiseforstyrrelser>

- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *The International Journal of Eating Disorders*, 10(6), 627–629. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199111\)10:6<627::AID-EAT2260100602>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199111)10:6<627::AID-EAT2260100602>3.0.CO;2-4)
- Spitzer, R. L. (New Y. S. P. I., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137–153. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199303\)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#)
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, 20(5), 346-355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Statens Institut for Folkesundhed (2023). *Danskernes sundhed 2023*. Statens Institut for Folkesundhed. (pp. 1-131)
- Statens Institut for Folkesundhed (2015). *LGBT-Sundhed*. Statens Institut for Folkesundhed. (pp. 1-47).
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284–295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Sunesen, M. (2020). *Sådan laver du undersøgelser*, 1 udgave, Hans Reizels forlag, København. (pp. 17-34).
- Sundhedsdatastyrelsen (2020). *Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018*. Sundhedsstyrelsen. (pp. 1-27).
- Sundhedsstyrelsen (2005). *Anbefalinger for organisation og behandling*. Sundhedsstyrelsen (pp. 1-146).

Sundhedsstyrelsen (2017). *Metodehåndbog for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer 2017-2020*.

Sundhedsstyrelsen (2021). *Anbefalinger vedr. tværsektionelle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser*. Sundhedsstyrelsen. (pp. 1-109).

Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118–131.
<https://doi.org/10.1177/0004867411432071>

Thapliyal, P., Hay, P., & Conti, J. (2018). Role of gender in the treatment experiences of people with an eating disorder: a metasynthesis. *Journal of eating disorders*, 6, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0207-1>

The Guardian (12/11-2024). *Being dangerously thin is back in. Is the body-positivity era officially over?* Tilgået d. 9/4-2025 fra <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/oct/12/body-positivity-era-over>

Thomas, C. L., & Cassady, J. C. (2021). Validation of the State Version of the State-Trait Anxiety Inventory in a University Sample. *SAGE Open*, 11(3).
<https://doi.org/10.1177/21582440211031900>

Thomsen, A. S., & Bech, P. (2017). Possible error in the Danish version of the WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), 549–550. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1352025>

Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F., & Tomei, G. (2019). Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 759–776. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>

Toepoel, V. (2015). *Doing surveys online*. SAGE

Tuschen-Caffier, B., Bender, C., Caffier, D., Klenner, K., Braks, K., & Svaldi, J. (2015). Selective Visual Attention during Mirror Exposure in Anorexia and

- Bulimia Nervosa. *PloS One*, 10(12), e0145886–e0145886.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145886>.
- Videbech, P., Kjølbye, M., Sørensen, T., & Vestergaard, P. (2018). *Psykiatri: En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. (4. ed.). FADL's Forlag. (pp. 166-187).
- Vocks, S., Legenbauer, T., Ruddel, H., & Troje, N. F. (2007). Static and dynamic body image in bulimia nervosa: Mental representation of body dimensions and biological motion patterns. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 59–66. <https://doi.org/10.1002/eat.20336>
- Waldman, A., Loomes, R., Mountford, V. A., & Tchanturia, K. (2013). Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 17–17.
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-17>
- Waltsgott, L., Adedeji, A., & Buchcik, J. (2024). Ideal body image and socioeconomic factors: exploring the perceptions of Kenyan women. *BMC women's health*, 24(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03307-5>
- Wardle, J., Waller, J., & Rapoport, L. (2001). Body Dissatisfaction and Binge Eating in Obese Women: The Role of Restraint and Depression. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 9(12), 778–787. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.107>
- WHO. (1994). ICD-10: *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier* (1th ed.). Munksgaard. (pp. 125- 128).
- WHO. (2025). ICD-11: *International Classification of Diseases 11th Revision*. (Version: 2025-01). Tilgået d. 22/04/2025, fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
- World Health Organization (2012). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Tilgået den 20/05/2025, fra <https://www.who.int/tools/whoqol>

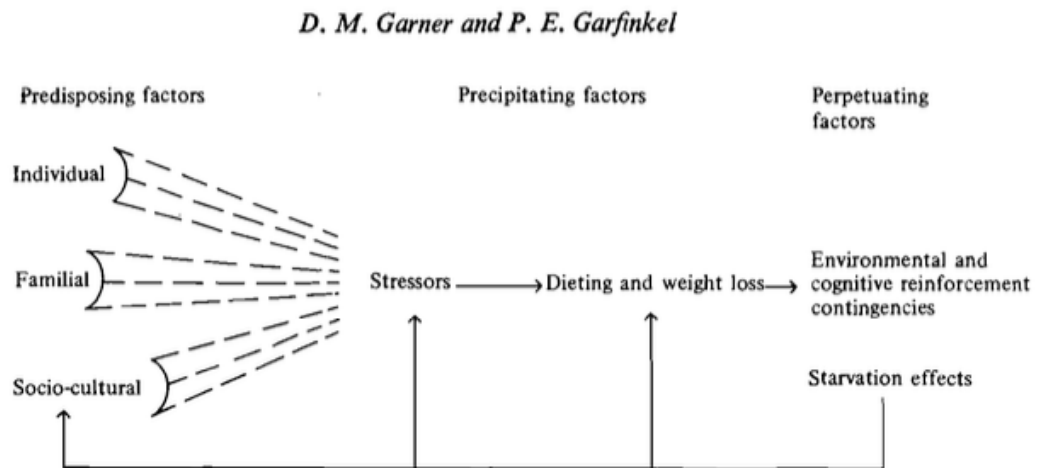
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. doi:10.1017/S0033291798006667
- Wildes, J. E., Emery, R. E., & Simons, A. D. (2001). The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 21(4), 521-551. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00071-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00071-9)
- Williamson, D. A., Cubic, B. A., Gleaves, D. H., & Mineka, S. (1993). Equivalence of Body Image Disturbances in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 102(1), 177–180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.177>
- Winkler, L. A.-D., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N., & Støvring, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 219(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002>
- World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wyssen, A., Bryjova, J., Meyer, A. H., & Munsch, S. (2016). A model of disturbed eating behavior in men: the role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions. *Psychiatry research*, 246, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.010>
- Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating behaviors*, 4(2), 107-116. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00014-X)

- Yu, Y., Miller, R., & Groth, S. W. (2022). A literature review of dopamine in binge eating. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00531-y>
- Zaccagni, L., & Gualdi-Russo, E. (2023). The impact of sports involvement on body image perception and ideals: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 5228.. doi: 10.3390/ijerph20065228.
- Zsido, A. N., Teleki, S. A., Csokasi, K., Rozsa, S., & Bandi, S. A. (2020). Development of the short version of the Spielberger state—trait anxiety inventory. *Psychiatry research*, 291, 113223. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113223>
- Øvreeide, H. (2013). *Fagetikk i Psykologisk Arbeid*. (2.ed.). Høyskole- forlaget. (pp.124-154).

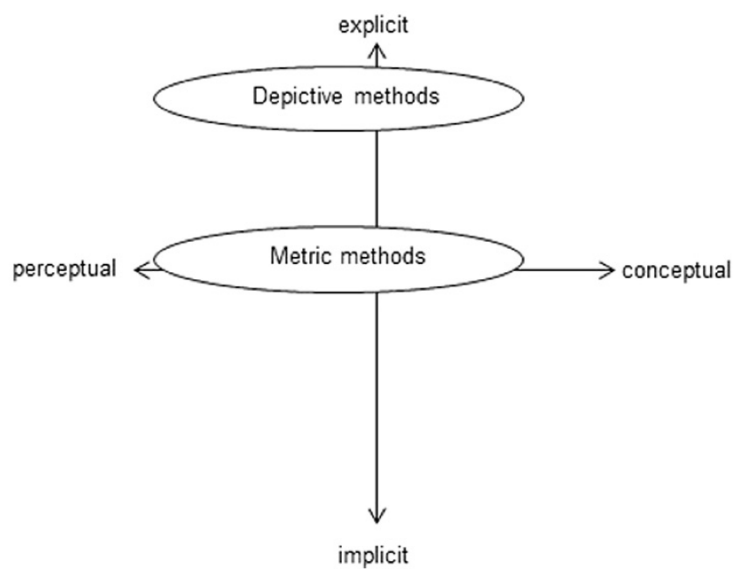
Bilag

Bilag 1: Tabeller og figurer

Figur 1: Garner & Garfinkels model over spiseforstyrrelsens ætiologi



Figur 2: Longos model



Bilag 2: Protokol

Spiseforstyrrelser udgør en gruppe af komplekse psykiske lidelser, kendetegnet ved et forstyrret forhold til krop, mad og vægt (Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005). Traditionelt er spiseforstyrrelser blevet opfattet som lidelser, der primært rammer kvinder - en fejlagtig opfattelse, som har præget både forskningslitteraturen, diagnostiske kriterier og klinisk praksis (Jones & Morgan, 2010; Strother et al., 2012; Harvey & Robinson, 2003). Nyere forskning viser imidlertid, at spiseforstyrrelse forekommer på tværs af køn (Sundhedsdatastyrelsen, 2020; Jones & Morgan, 2010). Et centralt, men ofte overset symptom ved spiseforstyrrelser er forvrænget kropsopfattelse - en forstyrret opfattelse af egen krop og størrelse (AED, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2005). Symptomet er tæt forbundet med både sværhedsgraden og vedligeholdelsen af spiseforstyrrelsen, og anses som et veldokumenteret kernesymptom ved både AN og BN (WHO, 1994). Teoretisk forstås kropsforvrængning som bestående af både en perceptuel og holdningsmæssig komponent, og kommer typisk til udtryk ved en overestimering af egen kropsstørrelse samt en udtalt kropsutilfredshed (Mölbjert et al., 2017). På nuværende tidspunkt eksisterer der ingen standardiseret metode til vurdering og måling af kropsforvrængning, hvilket udgør en væsentlig drivkraft bag nærværende speciale.

De data, der indsamles i nærværende undersøgelse, vil indgå som sammenligningsgrundlag i en større international forskningsundersøgelse under ledelse af den italienske psykiater og professor Christina Segura-García. Denne undersøgelse har til formål at udvikle en metrisk metode til kvantificering af kropsforvrængning, baseret på en omfattende undersøgelse af kropsforvrængning hos patienter med spiseforstyrrelse sammenlignet med ikke-kliniske populationer. Data fra vores undersøgelse vil således bidrage med normgivende sammenligningsmateriale i dansk kontekst og bidrager dermed til at udvide forståelse af kropsforvrængning på tværs af kliniske og ikke-kliniske grupper.

Formålet med undersøgelsen er således at undersøge forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi i en ikke-klinisk population af voksne danskere. På denne baggrund er følgende problemformulering udarbejdet:

Hvordan optræder forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos en ikke-klinisk population af voksne danskere? Og findes der kønsforskelle?

Endeligt vil sammenhængen mellem livskvalitet og henholdsvis forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi undersøges.

Ydermere, er der formuleret to hypoteser, som har til formålet at udbygge og præcisere de relevante problemstillinger, som er forbundet med forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi. Hypoteserne lyder således:

- I. Der er en positiv sammenhæng mellem forekomsten af forvrænget kropsoptagelse og graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi.*
- II. Mænd har en mindre forvrænget kropsoptagelse end kvinder.*

Derudover er der formuleret en række forskningsspørgsmål med det formål at præcisere, nuancere og uddybe undersøgelsen:

- I. Hvor stor en sammenhæng findes der mellem forekomsten af forvrænget kropsoptagelse og spiseforstyrrelsessymptomatologi hos voksne danskere?*
- II. Er der en forskel mellem voksne danskere faktiske, estimerede og ønskede kropsmål?*
- III. Udviser mænd en lavere grad af forvrænget kropsoptagelse end kvinder, ved en mindre overestimering og mindre kropstilfredshed?*
- IV. Har mænd en mindre forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer end kvinder?*
- V. Er graden af forvrænget kropsoptagelse associeret med nedsat livskvalitet?*
- VI. Er graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi associeret med nedsat livskvalitet?*
- VII. Er graden af forvrænget kropsoptagelse forbundet med symptomer på angst og depression?*
- VIII. Er graden af spiseforstyrrelsessymptomatologi forbundet med symptomer på angst og depression?*
- IX. Er individets evne til at estimere andres kroppe forstyrret ved forvrænget kropsoptagelse?*
- X. Er der forskel på lineære og cirkulære målemetoder til vurdering af kropsvrængning?*

I undersøgelsens indledende fase blev der gennemført et scoping review med henblik på at kortlægge og identificere den eksisterende og relevante litteratur inden for forskningsfeltet (Mak & Thomas, 2022). På baggrund af denne litteraturgennemgang blev der udarbejdet et kvantitativt testbatteri bestående af en kropsopmålingsundersøgelse samt en online spørgeskemaundersøgelse baseret på selvrapportering. Vi har arbejdet med en ikke-klinisk population, hvorfor deltagerne på forhånd ikke er blevet screenet for psykiatrisk lidelse. Dette betyder, at der potentielt kan indgå deltagere med udiagnosticerede eller diagnosticerede spiseforstyrrelser og/eller andre psykiatriske lidelser i samplet. Vores samlede sample bestod af 125 deltagere, 90 kvinder og 35 mænd, og deltagerne er rekrutteret over to perioder. Den første rekrutteringsrunde fandt sted i forbindelse med TPV på 9. semester i november 2024 og resulterede i et sample på 60 deltagere. Vi genoptog rekrutteringen i marts 2025, hvor vi indhentede yderligere 65 deltagere. Deltagerne skulle være fyldt 18 år samt have mulighed for at gennemføre kropsopmålingsundersøgelsen og udfylde det tilhørende spørgeskema. Af etiske årsager blev informeret samtykke indhentet fra samtlige deltagere forud for deres deltagelse (Christensen, 2020). Derudover er fuld anonymitet blevet sikret ved tildeling af et tilfældigt løbenummer til hver deltager, så efterfølgende identifikation ikke var mulig. Spørgeskemaundersøgelsen blev administreret digitalt via platformen Survey-Xact og havde en besvarelsestid på cirka 15 minutter. Spørgeskemaet bestod af tre demografiske spørgsmål vedrørende alder, køn og uddannelsesniveau samt en række standardiserede skalaer. Spiseforstyrrelsessymptomatologi blev målt ved brug af skalaen Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), mens kropsutilfredshed blev vurderet ved Body Image Dimensional Assessment (BIDA), livskvalitet blev målt ved anvendelsen af World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL), mens symptomer på henholdsvis angst og depression blev vurderet ved brug af State-Trait Anxiety Inventory (STAI) og Beck Depression Inventory (BDI).

Foruden spørgeskemaundersøgelse blev Body Size Estimation (BSE) anvendt med henblik på at kvantificere deltagernes grad af forvrænget kropsopfattelse. Selve opmålingen varede cirka 15 minutter og omfatter deltagernes faktiske, estimerede og ønskede mål. BSE metoden omfatter målinger på otte forskellige målepunkter ved anvendelsen af både et lineært og cirkulært mål. Endvidere indgår en vurdering af en 2. ukendt person.

Den perceptuelle dimension af kropsforvrængning blev målt med BSE, mens den holdningsmæssige dimension primært blev vurderet ved BIDA skalaen.

Kropsutilfredshed blev endvidere belyst gennem BSE ved en sammenligning af deltageres ønskede kropsmål med både deres estimerede og faktiske kropsmål.

Den perceptuelle forvrængningsgrad (overestimering) beregnes på to måder: 1) BSE-forvrængningsgrad og 2) Body Perception Index (BPI). BSE-beregningen er det direkte resultat af den metriske BSE metode, og beregnes ved forskellen mellem deltageres estimerede og faktiske kropsmål for hvert af de otte målepunkter. Den globale BSE-score beregnes ved at summere afvigelse for alle otte kropsmål, og denne score er et udtryk for graden af deltagerens kropsforvrængning. Derudover suppleres analysen med BPI, hvor centimeter resultaterne omregnes til en procentvis afvigelse fra en nøjagtig kropsestimering. Anvendelsen af BPI muliggør sammenligning med eksisterende forskning, idet metoden er veletableret og udbredt indenfor forskningsfeltet. BPI- indekset beregnes ud fra formelen: $(\text{estimeret størrelse/faktisk størrelse}) \times 100$.

I det foreliggende projekt er SPSS Statistics anvendt til udførelse af statistiske analyser. Spearman-korrelationsanalyser blev anvendt til at undersøge sammenhænge mellem variable i vores sample, herunder sammenhængen mellem graden af forvrænget kropsopfattelse og spiseforstyrrelsessymptomer. Ydermere er Mann-Whitney U testen anvendt til at sammenligne fordelingen af testvariable mellem to uafhængige grupper, eksempelvis køn.

Specialet er tilrettelagt og gennemført af Cecilie Sanggaard Sørensen, Frida Mølgaard Frederiksen og Julie Holmer Fisker med kontinuerlig faglig vejledning og supervision af Gry Kjærdsdam Telléus. Desuden har vi modtaget instruktioner og relevant viden fra Christina Segura-García, som er med til at udvikle BSE-metoden på University of Catanzaro.

Protokol referenceliste

- Academy of Eating Disorders (2020). *Eating Disorders: Guidebook for nutrition treatment of eating disorders*. AED report, 1st edition.
- Christensen, G. (2020). *Psykologiens videnskabsteori: En introduktion* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Harvey, J. A., & Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 297-306. <https://doi.org/10.1023/A:1026357505747>
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of public mental health*, 9(2), 23-31. <https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0326>
- Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(5), 565–567. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
- Mölbert, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P., Karnath, H.-O., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, 20(5), 346-355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Sundhedsdatastyrelsen (2020). *Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018*. Sundhedsstyrelsen. (pp. 1-27).
- Sundhedsstyrelsen (2005). *Anbefalinger for organisation og behandling*. Sundhedsstyrelsen (pp. 1-146).

Sundhedsstyrelsen (2021). *Anbefalinger vedr. tværsektionelle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser*. Sundhedsstyrelsen. (pp. 1-109).

WHO. (1994). ICD-10: *Psyiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier* (1th ed.). København: Munksgaard. (pp. 125-128).