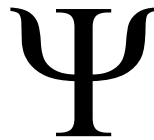




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Emosjonsfokusert terapi i behandling av overspisingslidelse:  
En narrativ gjennomgang***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Malin Heltne Loe**

Høst 2021

Veileder:  
Yngvild Danielsen

### **Forord**

Min interesse for spiseforstyrrelser strekker seg flere år tilbake i tid, men fokuset rettet mot overspisingslidelse dukket først opp etter et seminar om overspisingsproblematikk i regi av Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) i 2018. Under dette seminaret fikk jeg lære at overspisingslidelse er den mest utbredte spiseforstyrrelsen vi har, men at denne pasientgruppen ofte føler seg oversett, misforstått, og kan få behandling som virker mot sin hensikt. Dette fikk umiddelbart min oppmerksomhet, og siden har jeg tenkt mye på hva som kan gjøres for å endre dette, og hvordan jeg potensielt kan være en del av en slik endring. Det var etter dette at tanken om å skrive min hovedoppgave om overspisingslidelse dukket opp. Da jeg presenterte dette ønsket for veileder, ble jeg møtt med stort engasjement, og et forslag om å rette oppgaven inn mot muligheten for å benytte emosjonsfokusert terapi i behandling av overspisingslidelse. Dette har siden blitt et tema som engasjerer meg stort, og som jeg er svært glad for å ha fått muligheten til å fordype meg i.

Jeg vil takke min veileder Yngvild Danielsen for det engasjementet vi har delt for arbeid med overspisingslidelse, og de interessante samtalene vi har hatt underveis. Jeg vil også takke for alle de gode og nyttige innspillene jeg har fått, og ikke minst for den emosjonelle støtten. Avslutningsvis vil jeg takke de som står meg nærmest, som har heiet og hatt troen på meg hele veien.

### Sammendrag

Overspisingslidelse (BED) er i dag den vanligste spiseforstyrrelsen, men synes likevel å være den vi vet minst om. Dette gjenspeiles i både lav behandlingsrate, og at de vanligste behandlingsmetodene fører til bedring i kun 50-65% av tilfellene. BED er ikke en diagnose som benyttes i Norge i dag, noe som fører til at disse pasientene blir en glemt gruppe i et system som ikke er designet for at de skal få behandling. Ved innføring av diagnosemanualen ICD-11 vil BED bli en diagnose vi må forholde oss til også i Norge, noe som gjør det svært relevant å se på hvordan vi kan møte denne pasientgruppen på en mer tilfredsstillende måte i fremtiden. Det er gjort enkelte studier på bruk av emosjonsfokusert terapi (EFT) i behandling av BED, noe denne oppgaven tar sikte på å undersøke videre ved å gjøre en narrativ gjennomgang av de viktigste mekanismene for utvikling og opprettholdelse av overspisingslidelse, og hvorvidt EFT kan benyttes til å adressere disse. Denne gjennomgangen belyser behovet for økt fokus på emosjoner i behandling av BED, da både teorier og empiri fremhever forholdet til emosjoner som sentralt i utvikling og opprettholdelse av BED. Det ser ut til at flere prosesser og intervensjoner i EFT kan bidra til endring av sentrale mekanismer i BED, men det synes likevel å være behov for å gå utenfor rammene av en enkelt behandlingsform, da det finnes elementer som ikke dekkes av EFT, men som trolig kan adresseres ved hjelp av kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser.

*Nøkkelord:* Overspisingslidelse, emosjonsfokusert terapi

### **Abstract**

Binge Eating Disorder (BED) is the most common eating disorder, but also seems to be the least studied. This is reflected in the low treatment rate, and in the fact that the most common treatment methods are successful only 50-65% of the time. BED is not a diagnosis currently used in Norway, which leads to these patients being a forgotten group in a system not designed for their treatment. With the introduction of ICD-11, BED will become an official diagnosis in Norway, which makes it highly relevant to look at how we can meet these patients in more sufficient way in the future. There are studies exploring the use of emotion focused therapy (EFT) in treatment of BED, and this paper looks to examine this further by doing a narrative review looking at the main mechanisms for development and maintenance of BED, and whether EFT can be used to address these. This narrative review sheds light on the need for increased attention directed towards emotions in treatment of BED, due to both theories and empirical evidence suggesting that emotions are essential in development and maintenance of BED. It seems that several of the processes and interventions used in EFT can contribute to change in the main mechanisms of BED, but there could be reason to implement more than one form of treatment, given that there are some elements that will not be covered by EFT, that could possibly be covered by enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E).

*Keywords:* Binge Eating Disorder, Emotion Focused Therapy

## Innholdsfortegnelse

FORORD .....	3
SAMMENDRAG .....	4
ABSTRACT .....	5
INNHALDSFORTEGNELSE.....	6
INNLEDNING .....	7
METODE.....	11
HOVEDMEKANISMER FOR UTVIKLING OG OPPRETTHOLDELSE AV OVERSPISINGSLIDELSE .....	13
TEORETISK GRUNNLAG FOR FORSTÅELSE AV BED .....	13
«Dietary Restraint Theory».....	14
Empirisk grunnlag for forståelse av restriksjon. ....	15
Emosjonsteori.....	15
Empirisk bakgrunn for forståelse av emosjoner i BED. ....	19
Kognitive teorier. ....	21
Empirisk grunnlag for forståelse av kognitive mekanismer i BED. ....	23
Interpersonlige vansker .....	25
Vanskelige livshendelser.....	27
EMOSJONSFOKUSERT TERAPI .....	29
DISKUSJON.....	32
KONKLUSJON.....	39
REFERANSELISTE .....	40

## Innledning

Overspisinglidelse (Binge Eating Disorder – BED) er den mest utbredte spiseforstyrrelsen, med en livstidsprevalens på 3.5% hos kvinner, og 2.0% hos menn (Watson et al., 2018). BED kjennetegnes ved gjentakende episoder med overspising, der individet opplever å miste kontroll over spisingen, spiser merkbart mer eller annerledes enn vanlig, og opplever å ikke kunne stoppe eller begrense matinntaket. Overspising oppleves som svært ubehagelig og stressende, og følges ofte av negative emosjoner som skam, skyld, og avsky. En episode med overspising følges ikke av kompenserende atferd, som oppkast, overdreven trening, eller bruk av lakserende midler. For individet er det merkbart ubehag rundt mønsteret av overspising, eller betydelig svekkelse i fungering på ett eller flere plan (World Health Organization [WHO], 2021). Grunnet høyt inntak av kalorier som følge av overspising, er BED sterkt assosiert med overvekt, samt både psykisk og somatisk komorbiditet (Aguera et al., 2021). Til tross for at BED anses som den mest utbredte spiseforstyrrelsen, synes den å være mindre representert i forskning og behandling enn andre spiseforstyrrelser. Behandlingsraten for BED kan være så lav som 38.0% (Kessler, Berglund, Tat Chiu, et al., 2013), noe som kan tyde på at denne lidelsen i dag ikke oppdages og forstås på en tilfredsstillende måte. I Norge benytter vi i dag diagnosemanualen ICD-10, der BED ikke er inkludert som en spesifikk diagnose, som vil si at diagnosen ikke per i dag tas i bruk i Norge. Det betyr ikke at lidelsen ikke registreres eller behandles, men at den i slike tilfeller må kategoriseres under andre, mindre spesifikke diagnoser i ICD-10, som eksempelvis andre spesifiserte spiseforstyrrelser (F50.8), uspesifiserte spiseforstyrrelser (F50.9), eller overspising forbundet med andre psykiske lidelser (F50.4). I diagnosemanualen DSM-5 har BED vært inkludert som spesifikk diagnose siden 2013 (American Psychiatric Association [APA], 2013) I ICD-11, som fremdeles ikke er tatt i bruk, har også BED fått plass som en egen diagnose (WHO, 2021)

Som tidligere nevnt er behandlingsraten for BED lav (Kessler, Berglund, Chiu, et al., 2013), men det finnes tydelige anbefalinger for hvilke metoder som bør benyttes i behandling av denne lidelsen. De ledende psykologiske behandlingsformene for BED, er kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy – CBT), interpersonlig psykoterapi (Interpersonal Psychotherapy – IPT) og dialektisk atferdsterapi (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) (Aguera et al., 2021). Både «National Institute of Clinical Excellence

(NICE) og «American Psychiatric Association» (APA) har i sine retningslinjer CBT som førstevalg for behandling av BED, med IPT og DBT som eventuelle alternativer (Glisenti et al., 2021). CBT fokuserer på å normalisere spisevaner, og jobber med atferdsmessige og kognitive endringer for å gjøre pasienten bedre rustet til å håndtere stressende og ubehagelige situasjoner, og på denne måten redusere episoder med overspising (Hilbert et al., 2012). Denne behandlingsmetoden har god langtidseffekt, i form av avholdenhet fra symptomer på overspising, samt forbedring i komorbid psykopatologi over tid (Hilbert et al., 2012). Det er også utviklet en egen CBT-modell spesifikt for spiseforstyrrelser, kalt «Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced» (CBT-E). CBT-E er basert på de samme prinsippene som CBT, med særlig fokus på at overopptatthet av vekt, kroppsfasong, og kontroll relatert til mat er viktige opprettholdende faktorer for spiseforstyrrelsen (Fairburn, 2008). CBT-E er brukt i behandling av både AN, BN, BED, og andre spesifiserte spiseforstyrrelser, og det er funnet støtte for effekten av denne behandlingen med tanke på både reduksjon i spiseforstyrrelsesrelatert atferd, og kjernepsykopatologi (Atwood & Friedman, 2020). IPT, som fokuserer på interpersonlige vansker som bidrar til utvikling og opprettholdelse av lidelsen, har vist lignende langtidseffekter som de beskrevet for CBT (Hilbert et al., 2012). DBT, som fokuserer mer på emosjonsregulering, toleranse for ubehag og interpersonlig effektivitet, har også vist seg lovende, men det er behov for mer forskning på denne metoden for å se på langtidseffekter (Hilbert et al., 2012). Nyere studier viser bedring på 50.0-65.0%, der fravær av overspising opprettholdes over tid ved bruk av CBT og IPT (Wilson et al., 2010). Dette tyder samtidig på at opp til halvparten av de som får en slik type behandling for BED, ikke opplever bedring, eller ikke får varig effekt av behandlingen. Gitt at CBT hovedsakelig er den anbefalte behandlingsmetoden, er det naturlig at dette også gjenspeiles i mengden forskning som er gjort, sammenlignet med andre behandlingsmetoder. Likevel kommer det frem av tallene at et betydelig antall pasienter med BED ikke responderer på denne formen for behandling. Det kan tyde på at det fremdeles er behov for å utforske andre former for behandling, for å se om det er mulig å møte denne pasientgruppen på en måte som kan gi bedre resultater. CBT kan være effektivt for å hjelpe pasienter med forståelse av atferd, kontroll, strategier, problemløsning, og emosjonsregulering, men det kan tenkes at denne metoden i større grad setter søkelys på symptomer og opprettholdende faktorer her og nå, og i mindre grad går i dybden av bakenforliggende årsaker til de spiserelaterte vanskene. Vi vet at personer med BED ofte strever med å kjenne på egne følelser, tåle og forstå disse, samt å regulere dem (Leehr et al., 2015). Det er fremsatt flere ulike teorier som søker å beskrive hvordan disse utfordringene knyttet til emosjoner kan forklare spiserelaterte problemer



(Glisenti et al., 2021). Oppsummert beskriver disse teoriene at overspising kan forekomme som respons på u håndterbare emosjonelle erfaringer eller opplevelser, kan benyttes i fravær av andre mer adaptive tilpasningsmekanismer, og kan være et forsøk på å regulere emosjoner ved å unngå dem, bedøve dem, eller berolige overveldende eller negativ affekt (Glisenti et al., 2021). Hvis det er slik at negative emosjoner er den sterkeste prediktoren for overspising hos personer med BED, er det også mulig at effekt av behandling kan forbedres ved et mer spesifikt fokus på emosjoner, og arbeid med bearbeiding og regulering av disse. Det er foreløpig lite forskning på dette feltet, men det er likevel noen studier som foreslår at emosjonsfokuset terapi (EFT) kan være et godt behandlingsalternativ.

Glisenti og kolleger (2021) viser til at forskning på psykoterapi i behandling av BED i hovedsak er rettet mot CBT, men at det stadig er problemer med effektivitet av og frafall fra denne behandlingsformen. Ut fra tanken om negative emosjoner som prediktor for overspising i BED, gjorde Glisenti og kolleger (2021) en pilotstudie der 21 personer deltok på en ukentlig time individuell EFT gjennom 12 uker, for å teste ut gjennomførbarheten av individuell EFT som behandling for BED. Studien viser at EFT kan ha god effekt på flere sentrale områder innenfor BED, da ved blant annet at det kan føre til redusert antall objektive overspisingsepisoder og overspisingdager, forbedring av overspisingssykopatologi, og lavere grad av frafall enn ved CBT, IPT, og DBT (Glisenti et al., 2021). Studien viser også lite endring fra endt behandling til oppfølging tre måneder senere, som indikerer at effekten av behandlingen kan opprettholdes over tid (Glisenti et al., 2021). Den samme forskningsgruppen gjennomførte noen år tidligere en studie der de fulgte seks kvinner med BED gjennom et behandlingsløp med individuell EFT over 12 uker (Glisenti et al., 2018). Studien viser at alle deltakerne opplevde bedring i overspisingssykologi, viste redusert grad av overspising, redusert bekymring relatert til spising og kroppsfasong, og betydelig bedring i emosjonsregulering (Glisenti et al., 2018). De fleste deltakerne viste også redusert bekymring for vekt, og de fleste deltakere som viste symptomer på angst eller depresjon i forkant av behandling, opplevde også bedring innenfor disse områdene (Glisenti et al., 2018). Halvparten av deltakerne viste i tillegg bedring i aleksitymi, men den andre halvparten viste enten ingen endring, eller forverring på denne fronten. Det var ingen frafall fra studien, og samlet sett tyder resultatene på at individuell EFT har potensiale som psykologisk behandling for BED (Glisenti et al., 2018). Det ser ut til at det kun er denne forskningsgruppen som har undersøkt bruken av individuell EFT i behandling av BED, men bruk av emosjonsfokuset gruppeterapi (EFGT), emosjonsfokuset terapi tilpasset til gruppesituasjonen, synes å være studert i noe større grad. Compare og kolleger (2013) retter fokus mot at psykologisk

behandling for BED viser effekt med tanke på overspisingsepisoder og psykopatologi, men at effekten ikke er den samme når det kommer til vektreduksjon. De peker på emosjonell sårbarhet og manglende evne til å regulere emosjoner som er viktige faktorer i forståelsen av BED, og utforsket derfor bruk av EFGT, og muligheten for å kombinere EFGT med ernæringsveiledning (Compare et al., 2013). Compare og kolleger (2013) fant at EFGT viste lovende resultater innenfor reduksjon av overspising, vektreduksjon, overspisingsatferd, og helserelatert livskvalitet hos behandlingssøkende pasienter med BED. De så i tillegg at EFGT i kombinasjon med ernæringsveiledning synes å være en lovende strategi for å jobbe med både bedring i psykopatologi, og sunn vektreduksjon (Compare et al., 2013). I en senere studie så Compare og Tasca (2016) videre på effekten av EFGT og ernæringsveiledning. De fant reduksjon i overspisingsepisoder og vekt hos begge grupper, men også her understrekes effektiviteten av EFGT og ernæringsveiledning i kombinasjon som et alternativ til andre behandlingsmetoder, da behandling i dag kun har moderat effekt, og ikke synes å bidra til vektreduksjon (Compare & Tasca, 2016). I disse to studiene er vektreduksjon trukket frem som en viktig faktor i bedringsprosessen. Det er noe ulikt syn på vektreduksjon i behandling av BED, der man i CBT-E vil tenke at vektreduksjon ikke er et behandlingsmål, men heller at fokus på dette kan øke sannsynligheten for overspising, og hindre bedring for pasienten (da Luz et al., 2020), mens ved andre tilnærminger, som da eksempelvis disse studiene med kombinert EFGT og ernæringsveiledning, kan vektreduksjon rapporteres som utfallsmål. Maxwell og kolleger (2018) har også sett på EFGT i behandling av BED, med fokus på terapeutisk allianse og mentalisering som viktige elementer i behandlingsprosessen. De fant at utviklingen av terapeutisk allianse i EFGT henger sammen med bedring i mentalisering, og peker på at bedre evne til mentalisering henger sammen med reduksjon av overspising (Maxwell et al., 2018). En nyere studie av Bardezard og kolleger (2021) ser på effekten av EFGT på depresjon, angst, alvorlighet av overspising, og vansker med emosjonsregulering hos kvinner med BED, og fant tydelig reduksjon innenfor alle disse områdene etter ti 90-minutters gruppetimer. Det synes å være en økende grad av interesse for forståelse og behandling av BED, og ut fra de studier som er gjort på EFT og EFGT som behandlingsmetode kan det dannes et inntrykk av at det er flere ulike aspekter ved en emosjonsfokuset behandlingsmetode som er verdt å utforske videre.

BED er, som tidligere nevnt, beskrevet i DSM-5, og vil tas i bruk som diagnose i Norge ved innføring av ICD-11. Dette vil kunne ha stor betydning for videre utvikling av hvordan norsk helsevesen forstår, møter, og behandler pasienter med BED. I artikkelen «De forsømte pasientene» i Tidsskrift for Norsk psykologforening (Helmikstøl, 2021) omtales

pasienter med BED som en glemt gruppe. Artikkelen påpeker at Norge henger etter, og at vi har et system som ikke er designet for at disse pasientene skal få behandling i spesialisthelsetjenesten. I prioriteringsveilederen er denne lidelsen i dag usynlig, noe som må oppdateres før ICD-11 tas i bruk i Norge, for å gi denne pasientgruppen behandling i spesialisthelsetjenesten (Helmikstøl, 2021). Den samme artikkelen peker også på at personer med BED ofte blir «kasteballer» mellom somatikk og ulike livsstilsopplegg, med vekt på diett og fysisk aktivitet, men som i liten grad er opptatt av de psykologiske faktorene relatert til overspisingen. Dette peker på behovet for å utvikle tilbudet for denne pasientgruppen videre, og tilpasse det til deres faktiske behov. Det kan derfor være viktig å bevege seg utenfor rammene av de typiske behandlingsmetodene som er tatt i bruk i behandling av BED i dag, og vurdere og utvikle andre fremgangsmåter. Basert på dette, er denne oppgavens mål å gjennom en narrativ gjennomgang oppsummere hvilke mekanismer og faktorer som virker inn på utvikling og opprettholdelse av BED, og videre benytte denne forståelsen til å diskutere hvorvidt EFT kan være et relevant behandlingsalternativ som bør utprøves og forskes mer på i behandling av BED. Oppgaven vil ut fra dette ta for seg følgende problemstillinger:

Hva er hovedmekanismene i utvikling og opprettholdelse av overspisingslidelse?

I hvilken grad adresserer EFT faktorer og mekanismer som er sentrale i forståelsen av utvikling og opprettholdelse av overspisingslidelse?

### **Metode**

I denne oppgaven er det gjort til sammen to strukturerte søk. Det mest sentrale søker er gjort på forståelse av mekanismer for utvikling og opprettholdelse av BED, for å etablere utgangspunkt for gjennomgang av dette tema for å svare på oppgavens første problemstilling. Det andre søket er gjort på EFT i behandling av BED, og disse studiene er referert til i innledningen av oppgaven. Det er også innhentet litteratur for å svare på oppgavens andre problemstilling, men dette er ikke gjennomført som et strukturert søk på samme måte.

### **Overspisingslidelse**

Formålet med søket var å finne artikler som tar for seg overspisingslidelse, og kan presentere teori eller forskning angående vår forståelse av lidelsen, og mulige mekanismer og faktorer for utvikling og opprettholdelse av den. Søket ble gjennomført PubPsych og APA

Psychinfo, og bestod av søkeordene «Binge Eating Disorder», Theor\*, Develop\* og Maintain\*: «Binge Eating Disorder» (Theor\* OR Develop\* OR Maintain\*), som genererte 582 på PubPsych og 1101 på APA Psychinfo. Med ønske om ikke å begrense søket for mye, men likevel treffe på artikler som kan inneholde informasjon om teorier omkring BED generelt, utvikling av BED, eller opprettholdelse av BED, er dette de søkeordene som er valgt ut. De er trunkert for å åpne opp for variasjoner, og ikke miste for mange artikler ved å begrense det til et spesifikt ord. Det er ideelt å finne så mange ulike teorier og syn på lidelsen som mulig, og derfor holde søket relativt bredt. Artiklene ble samlet i Endnote, og kontrollert for duplikater. Deretter stod det igjen 1641 artikler. Disse ble videre gjennomgått med utgangspunkt i tittel og abstract. Artikler som er inkludert omhandler BED, omhandler teori eller forskning som kan belyse forståelse av utvikling og opprettholdelse av BED. Artikler som omhandler andre spiseforstyrrelser enn BED, spiseforstyrrelser generelt, eller andre diagnoser ble ekskludert. Det ble også artikler som omhandler behandling av BED, diagnostisering av BED, kartlegging og kartleggingsverktøy, overvekt uten tilknytning til BED, medisinske inngrep, «Food Addiction» og annen avhengighet, «bingeing» uten tilknytning til BED, konsekvenser av BED, spiseforstyrrelser i tilknytning til svangerskap, hovedfokus på komorbiditet med andre lidelser, hovedfokus på rase og etnisitet, hovedfokus på kjønnsforskjeller, kvalitative undersøkelser av opplevelse av BED, BE eller EE uten tilknytning til BED, og artikler med hovedfokus på spesifikke biologiske/nevrologiske prosesser, genetikk, og lignende. Doktorgradsavhandlinger er også ekskludert, samt artikler på andre språk enn norsk, engelsk, dansk, og svensk. Etter gjennomgang av tittel og abstract ble det stående igjen 23 artikler. Ved gjennomlesing ble ytterligere 2 artikler ekskludert, slik at totalt 21 artikler gjenstod. Det er også gjort gjennomgang av disse artiklenes referanselister, der det er inkludert ytterligere 10 artikler, da hovedsakelig relatert til teoretisk grunnlag for forståelsen av BED. Det er i tillegg gjort supplerende søk for empiri relatert til restriksjon.

### **EFT i behandling av BED**

Dette søkets formål er å finne informasjon som spesifikt tar for seg bruk av emosjonsfokusert terapi i behandling av overspisingsslidelse. Da dette er et felt med foreløpig lite forskning, er søket gjort i en rekke databaser, for å få med mest mulig av det som er tilgjengelig på området. Søket ble gjennomført i APA Psychinfo, Medline, Pubpsych, Pubmed, og Web of Science, og søkeordene som ble brukt var «Binge Eating Disorder» og «Emotion Focused Therapy» («Binge Eating Disorder» AND «Emotion Focused Therapy»). Søket genererte totalt 24 treff, med 11 treff gjenstående etter kontroll for duplikater. Artikler

som tar for seg EFT i behandling av BED ble inkludert, mens artikler som ikke tar for seg denne sammenhengen, samt artikler som tar for seg spesifikke deler av behandlingen som ikke synes relevant for forståelsen av effekten av EFT på BED, ble ekskludert. Denne sorteringen ble gjort basert på tittel og abstract, og førte frem til 8 artikler. Ved gjennomlesning av artiklene ble ytterligere to artikler ekskludert, og reduserte det endelige antallet inkluderte artikler fra dette søket til 6.

### **Emosjonsfokusert terapi**

Her er det ikke gjennomført et strukturert søk, og hovedkilden til informasjon innenfor dette tema er fagbøker om EFT, siden bøker vil kunne gi både grunnleggende og mer utdypende informasjon innenfor tema. Det ble gjort et valg om å basere seg i størst grad på en av de nyeste fagbøkene innenfor feltet, da dette sannsynligvis dekker de nyeste metodeutviklingene. Det er også gjort supplerende søk på artikler om EFT som behandlingsmetode.

## **Hovedmekanismer for utvikling og opprettholdelse av overspisingsslidelse**

### **Teoretisk grunnlag for forståelse av BED**

Til tross for mye litteratur viet til konseptualisering av spiseforstyrrelser, da spesielt AN og BN, er det færre modeller som spesifikt søker å kaste lys over den teoretiske forståelsen av BED. Selv om det er viet en god del forskning til BED, er dette i større grad med fokus på utvikling og utprøving av behandling (Burton & Abbott, 2017). Denne forskningen synes å basere seg på en forståelse av spiseforstyrrelser generelt, heller enn en evidensbasert teoretisk forståelse av de underliggende mekanismene spesifikke for BED. (Burton & Abbott, 2017). Overspising er et symptom som beskrives for flere spiseforstyrrelser, eksempelvis ved BN eller «binge-purge»-subtype av AN (Burton & Abbott, 2017), og som spesielt definerer BED. Dette tyder på at teorier som søker å forklare mekanismer for overspising relatert til andre spiseforstyrrelser, også kan være nyttige for å danne seg en grunnleggende forståelse av overspising innenfor BED. Teoriene som beskrives kan kategoriseres innenfor tre hovedgrupper: Restriksjon, kognitive teorier, og emosjonsteorier. Enkelte teorier inneholder imidlertid flere av disse komponentene, og var vanskelige å plassere. I disse tilfellene er det tatt utgangspunkt i hovedfokus i teorien.

## Restriksjon

### «*Dietary Restraint Theory*».

En av de tidlige teoriene om overspising som har hatt stor innflytelse på både forståelse og videre forskning, er «*Dietary Restraint Theory*». Denne teorien legger vekt på restriksjon av matinntak som opprettholdende faktor for overspisingsatferd, og foreslår at det å begrense matinntak slik at man er på grensen til kronisk sult gjør individet mer sårbart for overspising. Denne teorien springer ut fra en studie av Herman og Mack (1975), som tar utgangspunkt i tanken om at variasjon i spiseatferd avhenger av individets «set-point»-vekt, heller enn hvorvidt individet er overvektig eller normalvektig, slik det tidligere teorier hadde foreslått. Det tenkes her at individer som begrenser seg slik at de havner i en kronisk tilstand av deprivasjon, og havner under sin egen «set-point», vil kunne oppleve at kroppen krever mer mat. Personer med liten grad av restriksjon tenkes derimot å kunne opprettholde sin vekt uten slike begrensninger, og befinner seg trolig i nærheten av eller på sin «set-point», slik at det ikke er noe slikt biologisk krav om matinntak som kan føre til overspising (Herman & Mack, 1975). Resultatene fra studien bekrefter hypotesen, og viser at forskjeller i spiseatferd korresponderte med forskjeller i grad av restriksjon. Individer med liten grad av restriksjon synes å benytte seg av interne signaler for å regulere inntak av mat, mens individer med høyere grad av restriksjon fremstår som mer eksternt styrt, der et mønster av eksternt styring tenkes å kunne reflektere den kroniske deprivasjonstilstanden individet befinner seg i ut fra sin egen «set-point» (Herman & Mack, 1975). Slik tenkes det at det oppstår en sirkel av restriksjon og overspising. Teorien foreslår videre at personer som begrenser sitt matinntak på denne måten regulerer spisingen sin kognitivt, og ikke lenger belager seg på kroppens signaler for sult og metthet. Herman og Mack (1975) foreslår at disse individene benytter en form for «svart-hvitt» tankegang relatert til mat, som fører til at individet blir sårbart for disinhibisjon, spesielt når strenge regler relatert til mat brytes. Dette fører da til overspising, grunnet en «alt eller ingenting»-tankegangen som oppstår (Herman & Mack, 1975). Denne modellen er anerkjent, men også kritisert for å være for begrenset i sin forklaring av overspisingspatologi. Evidensen peker på at restriksjon av matinntak kan spille en viktig rolle i å trigge og opprettholde overspisingsatferd, men modellen legger ikke frem noen forklaring på overspising hos individer som ikke tidligere har begrenset matinntaket sitt (Burton & Abbott, 2017). Restriksjon er ansett som en av de sentrale komponentene som tenkes å virke opprettholdende for overspisingsepisoder og spiseforstyrrelsessymptomer generelt innenfor CBT-E (Fairburn, 2008), noe som også gjenspeiles i kognitive teorier knyttet til overspising. Restriksjon er nevnt som en viktig faktor i flere kognitive teorier for utvikling og

oppretholdelse av overspising, i tillegg til at det flettes inn i enkelte emosjonsteorier. Dette vil bli tydelig gjennom redegjøring av teorier relatert til emosjoner og kognisjon under.

***Empirisk grunnlag for forståelse av restriksjon.***

Det synes generelt sett å være noe variasjon innenfor empirien relatert til restriksjon og BED. Masheb og kolleger (2000) undersøkte sammenhengen mellom restriksjon og forsøk på å gå ned i vekt hos pasienter med BED, og fant at restriksjon ikke var assosiert med noen form for overspising, men derimot at restriksjon hadde sammenheng med bekymring for vekt og fasong, og misnøye med egen kropp, men var negativt korrelert med kroppsmasseindeks. Woods og kolleger (2010) undersøkte effekten av stress på sammenhengen mellom restriksjon og overspising, og fant at høye nivåer av restriksjon og stress sammen er assosiert med større grad av overspising, og at denne sammenhengen er sterkere i perioder med høyt grad av stress. Det understrekes også her at restriksjon er etablert som en tydelig og viktig risikofaktor for utvikling av overspising, uavhengig av hvilke eksakte mekanismer som ligger til grunn (Woods et al., 2010). Andres og Saldana (2014) undersøkte restriksjon i sammenheng med kroppsmisnøye, med en hypotese om at misnøye med egen kropp vil føre til overspising gjennom at det fører til slanking og restriksjon. Denne studien fant at personer som både slanket seg, og var overopptatt av vekt og fasong, hadde større sjanse for å overspise enn andre (Andres & Saldana, 2014). De fant også at misnøye md egen kropp førte til slanking og restriksjon, som videre trigget episoder med overspising. Dette peker på at restriksjon kan være en viktig faktor i utvikling og opprettholdelse av BED, men også at denne faktoren henger tett sammen med kognitive mekanismer og sosiokulturelt press relatert til utseende (Andres & Saldana, 2014).

## **Emosjoner**

***Emosjonsteori.***

Selv om «Dietary Restraint Theory» har vært innflytelsesrik, er den også kritisert for kun å belyse én av flere faktorer som kan påvirke overspisingssatferd. For å belyse flere slike faktorer er det utviklet en rekke teorier som tar for seg hvordan emosjoner kan virke inn på utvikling og opprettholdelse av overspising. En av disse teoriene er «Escape Theory», som ser på overspising som et forsøk på å flykte fra ubehagelig selvbevissthet ved å begrense oppmerksomheten til umiddelbare fysiske omgivelser eller stimuli (Heatherton & Baumeister, 1991). Denne teorien stammer fra Heatherton og Baumeister (1991) som utviklet en hypotese om at overspising er et motivert forsøk på å flykte fra selvbevissthet, når det blir for ubehagelig og tyngende å være bevisst seg selv. Individet klarer ikke å skru av en slik

bevissthet, og dermed blir strategien heller å snevre inn oppmerksomhetens fokus. Heatherton og Baumeister (1991) beskriver at det finnes lavere nivåer av betydning og bevissthet, som er konkret, begrenset og umiddelbar, og høyere nivåer, som involverer bredere perspektiv, bredere implikasjoner, og med det også mulighet for å sammenligne ulike hendelser og situasjoner. Høyere nivåer av bevissthet er basert på meningsfulle konstrukter, og lavere nivåer kan sies å være dekonstruert. Det å dekonstruere hendelser tar vekk hendelsens betydning, og lar den stå igjen som et rent stimuli. En slik dekonstruerende prosess kan altså være en måte å flykte fra bekymringer, trusler, og press på (Heatherton & Baumeister, 1991). Heatherton og Baumeister (1991) predikerer at personer som overspiser karakteriseres av uvanlig høye standarder, som både kan omhandle kropp, og andre generelle forventninger. Når man evaluerer seg selv opp mot slike høye krav vil man tidvis komme til kort, og selvbevisstheten blir lett fokusert omkring individets egen tilkortkommenhet. Derfor predikerer teorien også at personer med overspising karakteriseres av høy grad av ubehagelig selvbevissthet. Dette skaper videre negativ affekt hos individet, som fører til behov for et kognitivt skift til en lavere grad av bevissthet (Heatherton & Baumeister, 1991). Det å sette seg selv i en slik «lavere» eller dekonstruert bevissthetstilstand har flere konsekvenser, men de mest relevante for overspising er at det fjerner inhibisjoner, og tilrettelegger for irrasjonelle tanker og forestillinger. I en slik tilstand har individet redusert evne til å se det større bildet, og dermed også til å se konsekvenser av sine handlinger, som fører til at en har lettere for å gjøre ting som ellers ville vært unngått eller regulert ved hjelp av selvkontroll. På denne måten blir handlingens betydning svært umiddelbar, da konsekvenser og andre sammenhenger ikke oppfattes. Individet opererer her på et annet nivå enn normalt, noe som kan føre til irrasjonelle tanker og generelt redusert kritisk tenkning. Samlet sett bidrar disse karakteristikkene til et mønster der individet lindrer ubehag ved å overspise, noe som videre kolliderer med individets høye krav, og videre fører til mer ubehag (Heatherton & Baumeister, 1991).

En annen teori som ser på emosjoners rolle i overspisingsepisoder er «Trade-off Theory», formulert av Kenardy og kolleger (1996), som tenker seg at enkelte emosjonelle tilstander er mindre ubehagelige enn andre, selv om begge tilstander er negative. Kenardy og kolleger (1996) viser til «Restraint Theory» som sentral for forståelsen av overspising i BN, og trekker frem at siden BED i begynnelsen ble sett på som en variant av BN, er det ikke overraskende at konseptualiseringen av disse to ofte har vært parallelle. Kenardy og kolleger (1996) viser videre til at senere studier peker på ulikheter mellom BED og BN, for eksempel at skårer for restriksjon er betydelig lavere hos pasienter med BED enn BN, og at det dermed



krever andre forklaringer for å forstå overspising i BED. Med utgangspunkt i en tanke om at overspising enten kan komme av restriksjon, eller relateres til humør og emosjonelle tilstander, foreslår denne teorien at overspising kan forsterkes gjennom en «trade-off», der én type negativ emosjonell tilstand, for eksempel sinne, erstattes med annen i etterkant av overspisingen, som for eksempel skyldfølelse. Den nye tilstanden er også negativ, men oppleves likevel som mindre negativ eller mindre ubehagelig enn den opprinnelige (Kenardy et al., 1996). Kenardy og kolleger (1996) gjennomførte en studie der de ønsket å undersøke denne hypotesen, ved å se på toleranse for emosjoner hos personer med overvekt og overspisingsepisoder, og kontroller. Funnene fra studien indikerer at enkelte emosjoner er mindre ubehagelige og bedre tolerert enn andre. Skyld, den vanligste emosjonelle tilstanden rapportert etter en overspisingsepisode hos personer med overvekt, viste seg å være enklere å tolerere enn sinne, depresjon, og angst, som er de mest rapporterte emosjonelle tilstandene før en overspisingsepisode. Dette kan dermed være støtte for hypotesen om at overspising forsterkes av en «trade-off», der en negativ emosjonell tilstand erstattes av en annen. Studien viser også generelt lavere toleranse og sterkere ubehag hos personer med overvekt for emosjoner rapportert før overspising, enn hos kontrollgruppen, som kan tyde på at det også er andre mekanismer som virker inn på denne prosessen (Kenardy et al., 1996).

Lacey og kolleger (1986) så også på overspising som en måte å redusere individets bevissthet og fokus på aversive emosjonelle tilstander på, og tenkte i tillegg at overspising kan være en strategi for å håndtere stress. Ut fra dette ble «Emotion Regulation Theory» utviklet, der Lacey og kolleger (1986) foreslo en rekke predisponerende faktorer, som eksempelvis fokus på utseende, familiehistorie med vekt- og spiseproblematikk, og ytre standarder som mål på selv-verd, og at disse faktorene kan føre til problemer med interpersonlig fungering og individets følelse av identitet. Dette kan videre føre til en følelse av å ikke strekke til, og tap av kontroll over egen kropp. Lacey og kolleger (1986) peker på at overspising trigges av viktige livshendelser, da ofte relatert til tap eller betydelige endringer i livet, som igjen kan føre til at individet er selvkritisk, og opplever negativ affekt. Lacey og kolleger (1986) tenkte at disse individene mangler alternative mestringsstrategier, og derfor benytter seg av mat for å regulere sin emosjonelle tilstand. Overspising tenkes å kunne roe ned aktive emosjonelle tilstander som sinne og ubehag, eller distrahere fra kjedsomhet og ensomhet. Dermed opprettholdes overspisingen grunnet den lindrende effekten den har for individets emosjonelle ubehag. Oppsummert foreslår teorien at overspising trigges av emosjonelle tilstander eller sultfølelse som ikke kan håndteres eller tolereres, og at overspisingen opprettholdes av å redusere disse, og at langtidseffektene, som kan styrke noen

av de opprinnelige triggerne, forsterker og opprettholder denne syklusen av atferd (Burton & Abbott, 2017). Denne teorien ble senere videreutviklet av Waller og kolleger (2000) i form av «Schema Theory of Binge Eating», som ser på hvordan overspising kan lindre negativ affekt som oppstår som følge av negative kjerneantakelser som trigges. Kjerneantakelser beskrives her som absolutte, ubetingede, dikotome tanker om en selv og om verden. Disse utvikles ofte tidlig i livet som en adaptiv respons på individets omgivelser, og blir senere maladaptive over tid, med endringer i individets omstendigheter (Waller et al., 2000). Eksempler på slike kjerneantakelser er frykt for å bli forlatt, tanker om å ikke strekke til, å være «feil», og å ikke kunne elskes. Når en eller flere av disse kjerneantakelsene trigges blir selvfølelsen truet, og individet kan oppleve negativ affekt (Waller et al., 2000). Studier viser at personer med BED og BN opplever betydelig flere patologiske kjerneantakelser enn kontroller, og på tvers av flere studier er overspising funnet å være assosiert med en rekke tidlige maladaptive skjema, da spesielt emosjonell inhibisjon (Burton & Abbott, 2017). Emosjonell inhibisjon synes å være en spesielt god prediktor for overspisingsfrekvens. Dette skjema omhandler at emosjoner ikke skal oppleves eller uttrykkes, i frykt for å bli latterliggjort, skam, avvisning, og føle tap av kontroll (Waller et al., 2000) «Schema Theory» foreslår at når individet opplever sterke følelser, ønsker de å inhibere disse ved enten å nøytralisere eller unngå følelsene sine, noe som oppnås ved å overspise (Waller et al., 2000). I tråd med emosjonsreguleringsteorien er overspisingen her ansett som en mestringsstrategi for å håndtere det som oppleves som overveldende negativ affekt. «Dual Pathway Model», foreslått av Stice og Agras (1998), ser også på hvordan emosjoner og regulering av emosjoner kan virke inn på overspising, og tar i tillegg sosiokulturelle og slankerelaterte faktorer i betraktning. Denne modellen foreslår at sosialt press om å være tynn kan bidra til overspising, fordi et kan føre til internalisering av et tynt ideal, som igjen kan føre til misnøye med egen kropp (Stice & Agras, 1998). Modellen forklarer videre at misnøye med egen kropp kan føre til slanking og negativ affekt, to faktorer som begge øker risiko for overspising. Ikke bare er det en direkte kobling mellom misnøye med egen kropp og negativ affekt, men modellen foreslår også at slanking fører til økt negativ affekt, både grunnet at det er vanskelig å få til, og grunnet kaloriunderskudd og effekten det å spise lite har på individets emosjonelle tilstand (Stice & Agras, 1998). Stice og Agras (1998) legger frem at slanking tenkes å føre til overspising, enten som en fysiologisk respons på kaloriunderskudd, som i «Dietary Restraint Theory» eller fordi det å bryte strenge slankerelaterte regler kan føre til disinhibert spising. Altså kan overspising komme av negativ affekt, slanking, eller en kombinasjon av de to.

***Empirisk bakgrunn for forståelse av emosjoner i BED.***

Det er gjort en god del forskning på emosjoners rolle i utvikling og opprettholdelse av BED, der det beskrives flere ulike elementer og prosesser. Mason og kolleger (2021) foreslår at sammenheng mellom anhedoni, dysregulert spising, og vektoppgang, kan bidra til utvikling og opprettholdelse av BED. De oppsummerer at dagens forskning kan peke på anhedoni som en risikofaktor for utvikling av BED, noe som kan skyldes dysfunksjon i belønningssystemet (Mason et al., 2021). Anhedoni defineres som tap av interesse og glede relatert til aktiviteter som pleide å gi slike positive opplevelser, og en følelse av å ikke bry seg lenger (De Fruyt et al., 2020) og er generelt relatert til lav positiv affekt (Mason et al., 2021). Tanken er her at slik dysfunksjon kan føre til lavere forventning til belønning, mindre villighet til å legge inn innsats for å oppnå belønning, og generelt at en liker belønningen mindre, og slik forstyrrer forsterkning og læring i situasjonen. Ut fra tanken om slike vansker med belønningslæring ved anhedoni, kan det tenkes at dette påvirker individet slik at det søker trygghet og nytelse gjennom primære forsterkere, som mat, for å forbedre sin affektive tilstand (Mason et al., 2021). Som opprettholdende faktor peker Mason og kolleger (2021) på at anhedoni kan være assosiert med dysregulering av positiv affekt. De peker på at positiv affekt fører til atferd som genererer mer positiv affekt, at det finnes assosiasjoner mellom positiv affekt og adaptiv atferd. For eksempel at høyere positiv affekt predikerer at man spiser sunnere, og engasjerer seg mer i fysisk aktivitet og sosial interaksjon, som igjen predikerer høyere nivåer av positiv affekt. Personer med BED har typisk mindre sunne spisevaner, er i mindre fysisk aktivitet, og har flere interpersonlige problemer, som kan føre til lavere nivåer av positiv affekt (Mason et al., 2021). For eksempel at høyere positiv affekt predikerer at man spiser sunnere, og engasjerer seg mer i fysisk aktivitet og sosial interaksjon, som igjen predikerer høyere nivåer av positiv affekt (Mason et al., 2021). Det er også funnet at personer med BED kan overspise både når positiv affekt er lavere enn sitt gjennomsnittlige nivå, eller når det er høyere. Slik kan overspising også bidra til å opprettholde positiv affekt, fordi personer med BED kanskje ikke har denne effekten av særlig mange andre aktiviteter grunnet sin underliggende anhedoni (Mason et al., 2021).

Et studie av Munsch og kolleger (2012) undersøkte daglige variasjoner i stemningsleie og ansenthet oppleves på dager med og uten overspising, for å se om dette kan bidra til forståelsen for opprettholdelse av overspising. Funnene viser høyere rangering av negativt humør og lavere rangering for positivt humør på dager med overspising (Munsch et al., 2012). De så også at humør forbedret seg noe i opptil 30 minutter før overspising, og at negativt humør og ansenthet økte betydelig, mens positivt humør sank betydelig, umiddelbart før

overspising. Episoden ble deretter fulgt av en svak stigning i positivt humør, og en svak reduksjon i negativt humør og anspenhet over en fire timers periode. Munsch og kolleger (2012) beskriver at dette går imot antakelser fra emosjonsreguleringsteorien, der overspisingen tenkes å være et resultat av oppsamling av negativ affekt. De foreslår at det alternativt kan handle om at overspising er et resultat av en plutselig nedbrytning av emosjoner og impulsregulering, forårsaket av en brå økning i negativ affekt og spenning, sammen med redusert positiv affekt. Dette er mer i tråd med «Escape Theory», der redusert selvbevissthet tenkes å inhibere kognitiv kontroll, som kan trigge overspising (Munsch et al., 2012). Likevel synes stigningen i positiv affekt og reduksjon i negativ affekt over tid etter overspising å være i tråd med flere av de emosjonsrelaterte teoriene, og kan fungere som forsterkende for overspisingsatferden. I følge Leehr og kolleger (2015) er mangler i emosjonsreguleringsprosessen en vanlig og utbredt forklaring for utvikling og opprettholdelse av BED. Det antas at siden pasienter med BED har vansker med å regulere sine negative emosjoner, bruker de overspising til å håndtere disse, noe som er i tråd med emosjonsreguleringsteorien. Leehr og kolleger (2015) gjorde en gjennomgang av eksperimentelle studier som utforsker emosjonsreguleringsteorien relatert til pasienter med overvekt, med og uten BED. Leehr og kolleger (2015) oppsummerer at flere artikler foreslår at overvektige individer med BED representerer en distinkt nevrobiologisk fenotype innenfor overvektspekteret, og at dette karakteriseres av mangler relatert til emosjonsregulering. Nevrobiologiske prosesser relatert til selvregulering, inkludert kontroll over spiseatferd, er sterkt påvirket av emosjoner (Heatherton & Wagner, 2011), og hvis emosjonsreguleringen feiler, vil selvregulering på andre områder også kunne feile. Dermed blir det plausibelt å tenke at forståelsen av overspising kan spores tilbake til feil i selvregulering forårsaket av intense emosjoner (Leehr et al., 2015). Artikkelen konkluderer med at individer med BED representerer en slik distinkt nevrobiologisk fenotype, sammenlignet med overvektige pasienter uten BED, og at det dermed tenkes å være en sammenheng mellom negative emosjoner, selvregulering, og overspisingsatferd (Leehr et al., 2015). O'Loughlen og kolleger (2021) peker på at kroppsskam, som beskrives som følelser av utilstrekkelighet og avsky rettet mot egen kroppsfasong og fysiske utseende, er assosiert med overspisingspatologi. De peker også på at en følelse av skam kan virke som både trigger og opprettholdende faktor i BED. Ifølge emosjonsreguleringsmodellen er overspising en funksjon for å berolige seg selv eller bedøve negative emosjoner. Individer med BED rapporterer at ubehagelige psykologiske tilstander, inkludert negative tanker om selvet og følelser av å være betydningsløs, kommer i forkant av overspisingsepisoder (O'Loughlen et al., 2021). På lang sikt vil likevel følelsen av

skam relatert til overspisingssatferd og kropp kunne føre til mer overspising, og skape en syklus av skam og overspising. På tvers av ulike spiseforstyrrelser opplever individer høyere nivåer av skam eller tilbøyelighet til skam enn andre, og har flere maladaptive kjerneantakelser relatert til skam enn kontroller (O'Loughlen et al., 2021). Det er mulig at nivåer av skam som ses i BED kan være etablert gjennom negative tidlige livshendelser, da det er for eksempel omkring 82-83% av individer med BED som har opplevd en eller flere former for misbruk i barndommen, inkludert emosjonell, fysisk, eller seksuelt misbruk eller neglekt (O'Loughlen et al., 2021). Negativ foreldrepraksis, som mangel på emosjonell respons og vektrelatert kritikk, har også vært implisert i utvikling av overspising i barndom. Oppsummert synes skam å kunne spille en viktig rolle i utvikling og opprettholdelse av overspisingssymptomer, selv om det foreløpig er lite forskning på dette (O'Loughlen et al., 2021).

## **Kognisjon**

### ***Kognitive teorier.***

I tillegg til modeller og teorier som forklarer emosjoners rolle i utvikling og opprettholdelse av overspising, finnes det også flere innflytelsesrike kognitive teorier og modeller. En av de tidlige modellene som har hatt stor innflytelse er Fairburns «Cognitive-behavioral Model for Bulimia Nervosa». Denne teorien foreslår at dysfunksjonelle systemer for evaluering av egenverd er sentrale for opprettholdelse BN, som innebærer overspisingsepisoder. Der andre vurderer seg selv og sin egen verdi basert på en rekke ulike faktorer, vurderer personer med spiseforstyrrelser seg selv i hovedsak, eller ofte utelukkende, ut fra spisevaner, vekt og fasong, samt egen evne til å kontrollere disse (Fairburn et al., 2003). Med tanke på overspising legger teorien frem at dette er et resultat av individets måte å begrense eget matinntak på, som ofte er preget av strenge regler og unaturlig lavt kaloriinntak. Brudd på disse reglene fører til negative reaksjoner, da dette blir et slags bevis for individet angående deres mangel på selvkontroll, noe som kan føre til at en midlertidig går bort fra restriksjonen og overspiser. Overspisingen bidrar videre til å forsterke individets bekymring og opptatthet av å kontrollere spising, vekt, og fasong. Dette skaper en sirkel av restriksjon og overspising (Fairburn et al., 2003). Denne teorien ble senere revidert av Fairburn og kolleger (2003), der intoleranse for humør og emosjoner i større grad anerkjennes som en viktig faktor i opprettholdelse av overspisingsspatologi. Den reviderte teorien er kjent som «Transdiagnostic Cognitive Behavioral Model of Eating Disorders», og legger til fire opprettholdende mekanismer (klinisk perfeksjonisme, lav selvfølelse, intoleranse for intense emosjonelle

tilstander, og interpersonlige vansker) som kan interagere med mekanismene forklart i den opprinnelige teorien (Fairburn et al., 2003). Av disse er det hovedsakelig intoleranse for intense emosjonelle tilstander som relateres til overspising, der denne mekanismen viser til manglende evne til å håndtere visse emosjonelle tilstander. Ofte refererer dette til sinne, engstelse, eller depresjon, men det kan også oppstå intoleranse for positive tilstander (Fairburn et al., 2003). Individuer som opplever slik intoleranse vil ofte moderere sine emosjoner på en dysfunksjonell måte, heller enn å akseptere endringer i sin tilstand, og håndtere emosjonene på en adaptiv måte. Overspising anses som en slik dysfunksjonell reguleringsatferd (Fairburn et al., 2003). Fairburn og kolleger beskriver at kognitive prosesser bidrar til denne atferden ved at individet ofte reagerer på endring i sin emosjonelle tilstand ved å tenke at de ikke kan håndtere endringen, noe som kan bidra til å forsterke tilstanden, og videre drive individet til å overspise for å regulere de overveldende emosjonene som oppleves. Williamson og kolleger (2004) foreslo også en transdiagnostisk modell, basert på ulike evidensbaserte hypoteser utviklet de foregående 30 årene. Denne modellen benytter selv-skjema som nøkkelkonsept, og foreslår at folk med et kropp-selv-skjema der man dømmer seg selv ut fra signaler relatert til kroppsfasong og vekt, får sine kognitive bias aktivert av gitte stimuli som kroppsrelatert eller matrelatert informasjon, tvetydige stimuli, eller situasjoner som krever selvrefleksjon. Slike kognitive bias kan eksempelvis være at en følelse av metthet tolkes av individet som en følelse av å være tykk. Når individet benytter seg av slike kognitive bias vil de komme frem til en konklusjon bygget på opplevelsesbasert evidens, selv om konklusjonen ikke virker logisk sett utenfra (Williamson et al., 2004). Modellen legger frem at negative emosjoner interagerer med selv-skjema for å aktivere enkelte kognitive bias, men også at aktivering av kognitive bias kan fremkalle negative emosjoner. De negative emosjonene kommer ofte i form av engstelse, å føle seg tykk, depresjon, sinne, og selvforakt, og individet opplever disse emosjonene som aversive, og ønsker å flykte fra dem (Williamson et al., 2004). Overspising ses her som en mulig konsekvens av en slik økt og aversiv emosjonalitet, men det vises også til «Dual Pathway Model» for å understreke at både regulering av negativ affekt, og restriksjon (som konsekvens av kognitive bias som ekstrem driv etter å være tynn) kan føre til overspising. Samme år kom Cooper og kolleger (2004) med «Cognitive Model for Bulimia Nervosa», som adresserer tilkortkommenheter i tidligere presenterte modeller. Modellen beskriver opprettholdelse av overspising som en syklus av atferd som drives av kjerneantakelser og relaterte metakognitive antakelser. Videre foreslår modellen at overspising trigges av ubehagelige hendelser, som i sin tur aktiverer negative antakelser om selvet som akseptabel person. Når disse negative

vurderingene av selvet aktiveres, fører det til følelser av angst, depresjon, og/eller skyld (Cooper et al., 2004). Individene som havner i denne syklusen overspiser for å håndtere slike emosjonelle tilstander, da dette er en lært mestringsstrategi som distraherer individet fra de negative emosjonene. Dette vil i sin tur forsterke individets positive tanker om spising, som for eksempel at det får en til å føle seg bedre. Samtidig har individet negative tanker om spising, som at de vil legge på seg om de spiser (Cooper et al., 2004). Det å spise er assosiert med å redusere aktivitet og intensitet av emosjonelle tilstander, noe som oppleves positivt, og bidrar til å skape positive tanker om spising. Samtidig er spiseatferd sterkt koblet til negative tanker om selvet hos personer med spiseforstyrrelser. Dette skaper ubehagelig konflikt i individet, og denne konflikten tenkes da å løses ved at individet fraskriver seg ansvar, og å skaper en ny tanke om at spisingen er ukontrollerbar (Cooper et al., 2004).

***Empirisk grunnlag for forståelse av kognitive mekanismer i BED.***

Mobbs og kolleger (2011) viser til at kognitive vansker og oppmerksomhetsbias spiller en rolle i utvikling og opprettholdelse av overvekt og spiseforstyrrelser. De peker da spesielt på mangler innenfor oppmerksomhet og eksekutive funksjoner, og definerer slike mangler som dysfunksjon som påvirker grunnleggende kontrollprosesser som inhibisjon, shifting, og selektiv oppmerksomhet. Slike dysfunksjoner er ikke påvirket av innholdet i informasjonen (Mobbs et al., 2011). Oppmerksomhetsbias kan derimot oppstå når individet prosesserer enkelte stimuli annerledes enn andre, noe som i dette tilfellet dreier seg om stimuli relatert til mat og kroppsfasong. Slike oppmerksomhetsbias kan vise seg ved at individet legger merke til mat- eller kroppsrelaterte stimuli raskere enn andre stimuli, fokuserer sin oppmerksomhet lenger på slike stimuli, eller unngår dem (Mobbs et al., 2011). Basert på dette undersøkte Mobbs og kolleger (2011) oppmerksomhetsbias, inhibisjonskontroll, og mental fleksibilitet relatert til vekt, fasong, og mat, hos personer med overvekt, med og uten BED. Disse funksjonene anses som viktige for å kontrollere uønsket atferd og uønskede tanker, og tenkes derfor å kunne ha en sammenheng med overspisingsspatologi (Mobbs et al., 2011). Studiens resultater viste at alle overvektige deltakere gjorde betydelig flere feil på oppgaver som involverte mat og kropp, en ikke-overvektige deltakere, og personer med overvekt og BED gjorde betydelig flere feil enn de med overvekt uten BED (Mobbs et al., 2011). Disse resultatene kan peke på at personer med overvekt kan ha et generelt problem med inhibisjon og med å fokusere sin oppmerksomhet, og at disse problemene er mer alvorlige hos personer med overvekt og BED. Det kan også peke på at det er et kontinuum av stigende grad av problematikk knyttet til kognitive mangler med økende grad av spiseproblematikk (Mobbs et al., 2011). Leehr og kolleger (2018) tok også for seg inhibisjonskontroll som en viktig faktor,

og gjennomførte en studie som utforsket inhibisjonskontroll under påvirkning av negativt humør, ved hjelp av EEG og sporing av øyebevegelser. De fant at personer med overvekt og BED rapporterte økt impulsivitet og større grad av vansker med emosjonsregulering sammenlignet med personer med overvekt uten BED, og normalvektige. Leehr og kolleger (2018) oppsummerer at individer med BED viser en økt impulstilnærming til belønning, at de viser mangler innenfor inhibisjonskontroll, og at de viser generelle så vel som matspesifikke mangler i inhibisjonskontroll, sammenlignet med individer uten BED. Likevel er funnene tvetydige, og det er gjort relativt få slike studier for å måle impulsivitet i BED (Leehr et al., 2018). Det er imidlertid vist at personer med BED har både emosjonsreguleringsvansker og økt impulsivitet sammenlignet med personer uten BED, og negative emosjoner er vist å kunne påvirke nevrobiologiske prosesser relatert til selvregulering, samt at det er vist å kunne trigge overspising. Dermed utgjør negative emosjonelle tilstander muligens en sårbarhet for pasienter med BED, med tanke på inhibisjonskontroll (Leehr et al., 2018). Det er flere andre studier som også knytter ulike kognitive mekanismer opp mot emosjonell og interpersonlig fungering. Kittel og kolleger (2015) viser til at problemer med kognitiv og emosjonell fungering er rapportert for spiseforstyrrelser generelt, men at dette ikke er undersøkt spesifikt for BED. De gjennomførte en litteraturgjennomgang, og fant at individer med BED generelt sett viste høyere grad av informasjonsprosesseringsbias enn kontrollgrupper, innenfor en kontekst relatert til mat og vekt. Forskjellen var mindre tydelig ved nøytrale stimuli, noe som tyder på at de kognitive vanskene er sykdomsrelaterte, heller enn generelle (Kittel et al., 2015). Med tanke på emosjonell fungering viste individer med BED lignende tendenser som individer med andre spiseforstyrrelser, og større emosjonelle vansker enn personer med overvekt uten BED, og normalvektige individer. Dette kan peke på generelle vansker med emosjonell fungering hos individer med BED, men sier ikke noe om hvordan disse vanskene arter seg (Kittel et al., 2015). Det er også gjort studier innenfor dette feltet som retter seg mot interpersonlig fungering, ved å se på sosial kognisjon. Sosial kognisjon refererer til alle evner som lar mennesker konstruere mentale representasjoner av hva som foregår i andre mennesker. En studie av Aloï og kolleger (2017) evaluerte «Theory of Mind» (ToM) hos pasienter med overvekt med og uten BED. ToM beskrives som en av ferdighetene relatert til sosial kognisjon, som er en spesifikk evne til å tilskrive mentale tilstander til seg selv og andre for å kunne å predikere og forklare atferd (Aloï et al., 2017). Aloï og kolleger (2017) legger frem at ToM er vist å kunne deles i to; en emosjonell og en kognitiv del. Emosjonell ToM (eToM) tenkes å være viktig for sosiale relasjoner, og mangler innenfor eToM kan dermed føre til emosjonelle forstyrrelser, upassende sosial atferd, og svekket sosial fungering.



Et konstrukt som kan spille en viktig rolle innenfor ToM er aleksitymi, som er vansker med å identifisere og beskrive emosjoner, og interoseptiv bevissthet, som er evnen til å gjenkjenne og respondere passende på emosjonelle tilstander og identifisere visse kroppslige sensasjoner (Aloi et al., 2017). Begge deler er beskrevet hos pasienter med spiseforstyrrelser, enten som predisponerende faktor, eller som et en følge av lidelsen. Aloi og kolleger (2017) beskriver at det er relevant å utforske dette hos pasienter med BED, med tanke på at denne pasientgruppen ofte har problemer med emosjonsregulering, viser vansker med å identifisere emosjoner, og har reduserte nivåer av interoseptiv bevissthet. Litteraturen beskriver at individer med BED mangler gode strategier for å håndtere emosjoner, og at overspising er en strategi for å hankses med negative emosjoner som en ellers ikke får prosessert (Aloi et al., 2017). Aloi og kolleger (2017) tenker seg derfor at overspising kan være patologisk atferd forårsaket av vansker med å identifisere og kommunisere egne og andres emosjonelle tilstander, og utviklet en hypotese om at pasienter med BED kan vise mer svekket eToM sammenlignet med pasienter uten BED. Resultatene viste at alle grupper hadde lignende evner til å vurdere emosjonelle tilstander hos andre, uavhengig av BED, men pasienter med BED viste vansker med å identifisere sine egne emosjoner (Aloi et al., 2017). Det forklares her at ToM ikke er en enkelt funksjon, men at det er et skille mellom kunnskap om egen og andres tilstander, noe denne studiens funn støtter, og som viser at dette kan være en faktor som virker inn på overspisingsatferd hos pasienter med BED, gjennom at det kan forklare deler av disse pasientenes dysfunksjonelle mestringsstrategier knyttet til emosjoner (Aloi et al., 2017).

### **Andre viktige faktorer og mekanismer**

Da det er noen begrensninger knyttet til teoretisk forståelse av BED, da særlig grunnet manglende forskning på dette spesifikke området, er det kanskje også naturlig at det finnes viktig informasjon relatert til forståelse av BED som ikke nødvendigvis er knyttet opp mot en gitt teori. Interpersonlige vansker og vanskelige livshendelser er to tema som gjennom litteraturen viser seg å kunne spille en viktig rolle i utvikling og opprettholdelse av BED, og det vil derfor gjøres rede for empiri innenfor disse områdene, til tross for at de ikke i samme grad kan knyttes opp mot en spesifikk teoretisk modell for BED.

#### ***Interpersonlige vansker***

Basert på interpersonlig teori, som foreslår en assosiasjon mellom BED og interpersonlige problemer, gjorde Duchesne og kolleger (2012) en studie der de undersøkte empati og andre sosiale ferdigheter hos overvektige kvinner med BED. Funnene pekte på fem sosiale ferdigheter som synes å være assosiert med sjansen for å utvikle BED: Overvektige

kvinner med mindre grad av selvsikkerhet, dårligere evne til å uttrykke følelser, mindre kapasitet til å forholde seg til fremmede, lavere evne til å forstå andres perspektiv, og høyere nivå av ubehag i interpersonlige situasjoner, hadde høyere sannsynlighet for å diagnostiseres med BED. Dette peker på en assosiasjon mellom problemer med sosiale ferdigheter og BED. (Duchesne et al., 2012). Interpersonlige vansker kan også oppstå i familien, og familiefungering synes å kunne ha en innvirkning på utvikling av BED. En studie av Tetzlaff og kolleger (2016) så på fungering i familier med ungdom diagnostisert med BED. Det er dokumentert at familiefaktorer spiller en rolle i utvikling og opprettholdelse av AN og BN hos ungdom, men dette er lite utforsket for BED (Tetzlaff et al., 2016). Studien viser at ungdom med BED rapporterer betydelig mindre emosjonalitet og affektiv involvering, samt lavere tilpasningsevne, sammenlignet med kontrollgruppe (Tetzlaff et al., 2016). Denne studien bidrar med evidens for hvilken viktig rolle familiefungering kan ha for barn og unges utvikling, hvordan dette potensielt kan påvirke deres emosjoner, og hvordan dette kan henge sammen med interpersonlige relasjoner. Videre viser Blomquist og kolleger (2012) til «Dietary Restraint Theory», og peker på at en stor andel pasienter med BED rapporterer at overspising forekommer før slanking eller restriksjon, i kontrast til BN, som modellen i utgangspunktet er utviklet for. Blomquist og kolleger (2012) viser videre til at Wilfley og kolleger (2000) la frem en interpersonlig modell for overspising, som spesifiserer en etiologisk retning for utvikling av BED. Denne modellen foreslår at interpersonlige problemer fører til lav selvfølelse og negativ affekt, som i sin tur fører til overspising som en strategi for å håndtere den lave selvfølelsen og den negative affekten (Wilfley et al., 2000). Videre forskning på dette har støttet ulike deler av Wilfleys modell. Blomquist og kolleger (2012) fant at deltakere som rapporterte mer interpersonlige problemer generelt, også rapporterte yngre alder ved første overspisingsepisode. Deltakere som rapporterte mindre variasjon i interpersonlige problemer og mer ekstreme interpersonlige problemer, rapporterte tidlige alder for første overspisingsepisode, yngre alder for møtte kriterier for BED, og yngre alder for når de først utviklet overvekt (Blomquist et al., 2012). Individuer som hadde mer problemer med fleksibilitet i interpersonlig stil på tvers av ulike interpersonlige kontekster, viste også større sannsynlighet for å utvikle overspising ved yngre alder (Blomquist et al., 2012). Individuer som utvikler overspising i yngre alder kan også trolig fortsette med å relatere til andre med en ineffektiv interpersonlig stil, og ikke endre sin interpersonlige tilnærming når det ville vært adaptivt å justere den (Blomquist et al., 2012). Dette synes spesielt sant for problemer med å være overdrevent dominant eller overdrevent submissiv – for bestemt eller ikke bestemt nok i interpersonlige interaksjoner (Blomquist et al., 2012). Det kan tenkes at

problematisk interpersonlig stil fører til negativ sosial evaluering, lav selvfølelse, og dysregulering av emosjoner og/eller negativ affekt, som igjen trigger maladaptive spisemønstre for å håndtere den negative affekten (Blomquist et al., 2012). Altså kan det tenkes at spesifikke interpersonlige stiler har større sannsynlighet for å føre til negativ sosial evaluering fra andre, som resulterer i lav selvfølelse og negativ affekt. Dette trigger overspising og/eller slanking for å håndtere vanskene, eller som en måte å få anerkjennelse fra andre på, noe som ofte belager seg i stor grad på utseende i ungdomsår og tidlig voksen alder (Blomquist et al., 2012)

### ***Vanskelige livshendelser***

En studie av Pike og kolleger (2006) fant at kvinner med BED rapporterte om et betydelig høyere antall livshendelser i året før de begynte å oppleve spiseproblematikk, enn kvinner i to ulike kontrollgrupper. Kvinner med BED hadde også høyere risiko for å ha opplevd spesifikke typer livshendelser, som kritiske kommentarer om kroppsfasong, vekt, eller mat, stress, store endringer i livsomstendigheter eller relasjoner, fysisk vold, og å føle seg utrygg i ulike settinger (Pike et al., 2006). Dette kan tyde på at et høyere antall av spesifikke typer livshendelser kan øke risiko for utvikling av BED, da kanskje særlig traumatiske hendelser, eller vanskelige hendelser knyttet til kropp og mat. Flere studier rapporterer assosiasjon mellom vanskelige livshendelser og overvekt i voksen alder. Selv om det er høy grad av komorbiditet mellom overvekt og BED, er det få studier som ser på koblingen mellom traumer og BED. Palmisano og kolleger (2016) gjorde derfor en review der de utforsker assosiasjonen mellom uheldige livshendelser og risiko for utvikling av overvekt og BED i voksen alder. Palmisano og kolleger (2016) viser til at flere studier har funnet empirisk og nevrologisk evidens som foreslår at vanskelige livshendelser tidlig i livet er sterkt knyttet opp mot flere psykologiske problemer i voksen alder, da blant annet spiseforstyrrelser. I denne litteraturgjennomgangen defineres vanskelige livshendelser som alle typer traumatiske opplevelser i barndom, ungdomstid, og voksen alder, som innebærer emosjonelt misbruk, fysisk misbruk, seksuell misbruk, seksuell trakassering, voldtekt, mobbing, å være vitne til vold i hjemmet, og alvorlige ulykker som truet individets liv Dette kan tyde på at et høyere antall av spesifikke typer livshendelser kan øke risiko for utvikling av BED. Flere studier rapporterer om en assosiasjon mellom vanskelige livshendelser og overvekt i voksen alder, og selv om det er høy grad av komorbiditet mellom overvekt og BED, er det få studier som ser på koblingen mellom traumer og BED (Palmisano et al., 2016). Palmisano og kolleger (2016) gjorde en review der de utforsker assosiasjonen mellom vanskelige livshendelser og risiko for utvikling av overvekt og BED i voksen alder. De viser

til at flere studier har funnet empirisk og nevrologisk evidens som foreslår at uheldige livshendelser tidlig i livet er sterkt knyttet opp mot flere psykologiske problemer i voksen alder, da blant annet spiseforstyrrelser (Palmisano et al., 2016). I denne litteraturgjennomgangen defineres vanskelige livshendelser som alle typer traumatiske opplevelser i barndom, ungdomstid, og voksen alder, som innebærer emosjonelt misbruk, fysisk misbruk, seksuell misbruk, seksuell trakassering, voldtekt, mobbing, å være vitne til vold i hjemmet, og alvorlige ulykker som truet individets liv (Palmisano et al., 2016). Palmisano og kolleger (2016) fant at blant annet betydelig høyere grad av barndomstraumer i BED enn ved overvekt alene, og at individer med BED rapporterer mer fysisk misbruk og kritiske kommentarer om fasing og vekt, sammenlignet med andre psykiatriske pasienter. BED-pasienter rapporterer også å være betydelig mer eksponert for interpersonlige traumer (Palmisano et al., 2016). De rapporterer også høyere skårer for seksuelt misbruk, fysisk misbruk, og mobbing, enn andre. De rapporterer også om betydelig høyere grad av emosjonelt misbruk og emosjonell neglekt enn andre grupper (Palmisano et al., 2016)

Oppsummert viser denne gjennomgangen av teori og empiri knyttet til utvikling og opprettholdelse av BED at det er enkelte mekanismer og faktorer som synes å være særlig relevante for forståelsen av denne lidelsen. Først og fremst er det tydelig at både det å ha et restriktivt forhold til mat, enkelte kognitive mønstre, og hvordan individet forholder seg til følelser, er sentralt for forståelse av BED. I tillegg synes vanskelige interpersonlige relasjoner og traumatiske hendelser å være av betydning som predisponerende faktorer. Gjennom tydelig overlapp og samsvarende elementer på tvers av de ulike teoriene, noe som også gjenspeiles i empirien, understrekes også kompleksiteten av BED, der disse ulike mekanismene og faktorene synes å påvirke hverandre på ulike måter. Et tema som synes å gå igjen i teori og empiri for både emosjoner og kognisjon, men som sjeldent er satt direkte ord på, er Aleksitymi. Aleksitymi karakteriseres som vansker med å identifisere og beskrive emosjoner vansker med å skille mellom ulike emosjoner og kroppslige sensasjoner av emosjonell aktivering, og en eksternt orientert kognitiv stil (Sifneos, 1972). Ut fra de ulike beskrivelsene over av hvordan personer med BED strever med å forholde seg til sine følelser, samt at disse individene ofte har vansker med interpersonlige relasjoner, er det mulig å tenke seg at aleksitymi kan fungere som et begrep som kan samle mange av tendensene som er beskrevet inn under ett spesifikt konstrukt.

### **Emosjonsfokusert terapi**

I Emosjonsfokusert terapi (EFT), ser en på emosjoner som grunnlag for erfaring, og som kilde til informasjon, handling, og motivasjon. Et viktig premiss i EFT er at emosjoner er fundamentale i konstruksjonen av selvet, og er nøkkel til selvorganisering. En tenker seg altså at menneskers liv er formet og organisert av emosjonelle erfaringer og opplevelser. På det mest grunnleggende nivået av menneskelig fungering er emosjoner en adaptiv form for informasjonsprosessering og handlekraft som orienterer individet i sine omgivelser. I EFT er kroppslige opplevelser sett på som påvirket ikke bare av evolusjonsmessig baserte affekt-motor-programmer, men også av kulturelle og sosiale læringsprosesser, og den organiserende funksjonen av emosjonelle skjema er sentral i EFT-teori (Greenberg & Goldman, 2019).

### **Vurdering av emosjoner**

En sentral del av EFT er hvordan en skiller mellom primære og sekundære emosjoner på den ene siden, og adaptive og maladaptive emosjoner på den andre. Primære emosjoner er individets umiddelbare reaksjon på en hendelse, mens sekundære emosjoner er individets reaksjoner på de primære emosjonene. Sekundære emosjoner kan også være sekundære til kognitive prosesser (Greenberg & Goldman, 2019). Adaptive emosjoner er hensiktsmessige emosjonelle responser, mens maladaptive emosjoner kan fungere som en erstatning for den adaptive, grunnet individets tidligere erfaringer med sine reaksjoner hos seg selv og andre. Den maladaptive emosjonen kan dekke til den adaptive, forhindre tilgang til den, og gjøre det vanskelig å utforske og bearbeide den. (Sømme & Vikman, 2020).

Primære emosjoner er i utgangspunktet adaptive, og fungerer som kilde til informasjon om iboende behov, og blir med det kilde til motivasjon og adaptiv handling for å tilfredsstille individets behov, og fører til aktiv problemløsning (Elliott et al., 2004). Primære maladaptive emosjoner er smertefulle emosjoner som ofte er en refleksjon av tidligere uløste problemer og behov som ikke er blitt møtt, heller enn en adaptiv respons på den umiddelbare situasjonen. Dermed vil disse naturlig nok heller ikke forberede individet på adaptiv handling (Elliott et al., 2004). Slike primære maladaptive emosjoner har trolig tidligere hatt en funksjon for individet, men når de aktiveres i nye situasjoner kan de føre til responser som er upassende, da de heller ikke gir nyttig informasjon til individet for å veilede handling. De maladaptive primære emosjonene endres ikke når omstendighetene endres, og vil kunne føre til en følelse av å være hjelpeløs, eller å sitte fast (Greenberg & Goldman, 2019). Sekundære emosjoner er oftest symptomatiske følelser, og er generelt sett maladaptive. De kan ofte forvrengte eller forstyrre de primære emosjonelle reaksjonene, og hindre at man kommer inn

til disse, og dermed påvirke individets motivasjon og handling (Greenberg & Goldman, 2019).

### **Emosjonell endring**

Det er utviklet syv prinsipper for emosjonell endring innenfor EFT, som videre er delt inn i tre bredere kategorier. Den første av disse er anvendelse av emosjoner, som innebærer prinsippene bevissthet, uttrykk, og refleksjon. Økt bevissthet innebærer å sette merkelapp på emosjonen, som igjen gir tilgang til emosjonens informasjon. Uttrykk handler videre om det å kunne vise eller uttrykke emosjonen gjennom ord eller handling. Refleksjon er videre med på å hjelpe individet med å skape et narrativ av sin opplevelse, og bidrar til at den integreres inn i individets narrativ om selvet (Greenberg & Goldman, 2019). Den andre av de tre overordnede kategoriene er emosjonell transformasjon, som innebærer prinsippene endring av emosjoner med emosjoner, og korrigerende emosjonelle opplevelser gjennom relasjoner. Å endre emosjoner med emosjoner er en av de viktigste prinsippene, og ligger i kjernen av emosjonell endring (Greenberg & Goldman, 2019). Dette prinsippet gjelder i hovedsak de primære maladaptive emosjonene, og foreslår at en maladaptiv emosjonell tilstand kan løses opp ved at en aktiverer en annen og mer adaptiv tilstand. Dette innebærer at individet først lander i den maladaptive emosjonen, for å gjøre den tilgjengelig for endring. Endringen består her i at en skaper en ny emosjonell tilstand som skal erstatte den maladaptive, og skape en ny respons (Greenberg & Goldman, 2019). Prinsippet om korrigerende interpersonlige erfaringer skjer i samspill med en annen person, som da ofte er terapeuten, og går ut på at det å eksempelvis oppleve sine følelser som akseptert heller enn avvist, kan føre til endring (Greenberg & Goldman, 2019). Den tredje overordnede kategorien er emosjonsregulering, som innebærer bevisst og automatisk regulering. Utviklingen av bevisst regulering innebærer å redusere emosjonell aktivering som har blitt problematisk fordi den ikke lenger henger sammen med kognisjon, mens utviklingen av automatisk regulering er en prosess som innebærer internalisering av beroligende atferd og regulering, ved hjelp av et trygt, validerende, og empatisk miljø (Elliott et al., 2004). I emosjonsfokusert terapi bygges en ramme basert på terapeutens empatiske innstilling, og den empatiske innstilte relasjonen som bygges med pasienten ut fra dette. I denne empatiske konteksten hjelpes pasienten til å kunne koble emosjoner og kognisjon sammen, og med å benytte seg av den informasjonen om behov og de målrettede handlingstendensene som ligger i adaptive emosjoner (Elliott et al., 2004). I terapi veiledes pasientens emosjonelle prosessering til å fremme tre hovedprosesser. Å ta tilbake og videreutvikle emosjonelle responser som sitter fast på et tidligere tidspunkt, bruk av det

iboende og adaptive potensialer i emosjoner ved å koble det til kognisjon, og regulering av emosjoner når de blir for overveldende for meningsbygging, og ikke lenger kan kobles til kognisjon. Dette gjenspeiler de tre hovedkategoriene for emosjonell endring, og danner grunnlag for EFT som behandlingsmetode (Greenberg & Goldman, 2019).

### **Markører og intervensjoner**

En annen viktig komponent ved EFT er at bruk av ulike intervensjoner veiledes av markører. Markører er atferd og utsagn i terapisituasjonen som kan peke på underliggende affektive problemer hos pasienten, og kan brukes til å forstå pasientens tilstand og hvilken intervensjon en bør benytte, samt hvor klar pasienten er til å jobbe med det gitte problemet (Elliott et al., 2004). Det finnes en rekke slike markører med tilhørende intervensjoner, men det er tre av disse som peker seg ut som særlig viktige i denne sammenhengen, og som særlig kjennetegner den emosjonsfokuserede terapiformen. Den ene av disse er det som kalles en selvkritisk splitt, som innebærer en indre konflikt der den ene delen av selvet er kritisk eller kontrollerende overfor den andre delen av selvet. Denne markøren gir mulighet til å benytte to-stols-arbeid, der en forsøker å sette de to delene av selvet i direkte kontakt med hverandre (Greenberg & Goldman, 2019). Dette skjer ved at pasienten får tale hver dels sak, og ved å gi hver av delene sin respektive stol, oppnå en form for dialog. På denne måten kan tanker, følelser, og behov fra hver av disse delene av selvet utforskes, og bidra til både å mykne den kritiske delen, og integrere de to delene (Greenberg & Goldman, 2019). Uoppgjorte forhold er en annen markør med tilhørende intervensjon som er svært viktig. Denne markøren involverer uttrykk for en uavklart følelse knyttet til en viktig person, som eksempelvis en forelder. I slike situasjoner vil en kunne benytte tom-stol-intervensjonen. Ved å bruke en tom stol der den viktige personen imaginært plasseres, kan pasienten aktivere sitt indre syn på vedkommende, og både oppleve og utforske sine egne reaksjoner, og dermed også forøke å skape mening ut fra disse (Greenberg & Goldman, 2019). Den tredje markøren er en uklar eller uspesifisert opplevelse hos pasienten, en følelse av å være på overflaten av noe, uten å kunne beskrive eller få et tydelig bilde av hva det egentlig dreier seg om. Den tilhørende intervensjonen til en slik uklarhet er fokusering. Her vil terapeuten veilede pasienten til å komme i posisjon til å kunne ta opplevelsen inn over seg, være oppmerksomhet og nysgjerrig på den, og åpne seg opp for å kunne kjenne og sette ord på sine kroppslige opplevelser (Greenberg & Goldman, 2019).

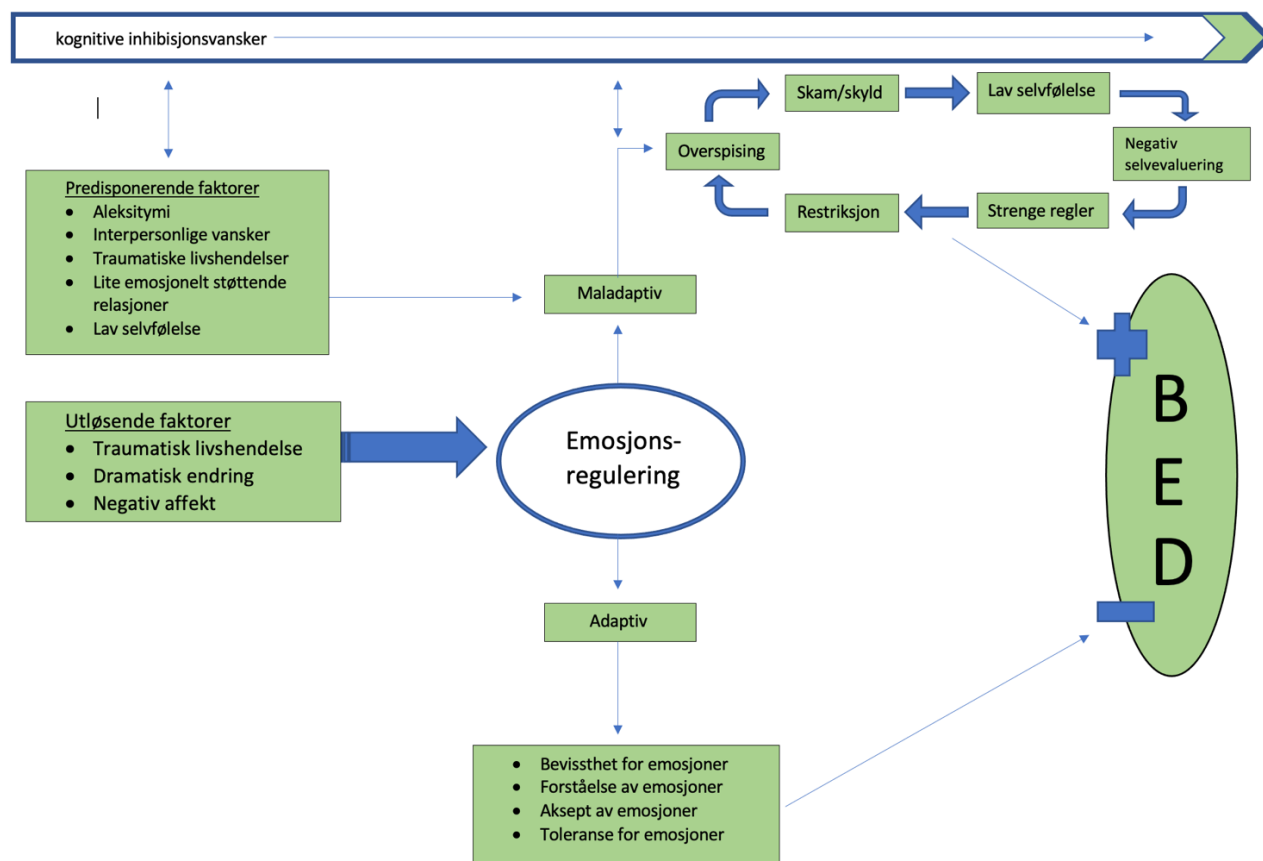
## Diskusjon

Gjennomgangen av forskning og teorier om utvikling og opprettholdelse av BED som er oppsummert i denne oppgaven, finner at både restriktivt forhold til mat, spesifikke mønstre av kognisjoner, og hvordan individet forholder seg til følelser, er sentralt for forståelse av BED. Ut fra søkene ser det ut som om flertallet av teoriene tar for seg forhold til følelser som en viktig faktor for utvikling og opprettholdelse av BED, og at dette også underbygges av empiriske studier. I tillegg er det funn som tyder på at traumeerfaringer og vanskelige relasjoner er viktige predisponerende faktorer for utvikling av BED. På bakgrunn av litteraturen som er gjennomgått i resultatdelen er det satt sammen en enkel modell (figur 1), som forsøker å illustrere hvordan de ulike elementene bidrar inn i et mønster som synes å være typisk for utvikling og opprettholdelse av BED. I denne modellen tenkes det at traumatiske livshendelser, dramatiske endringer, eller negativ affekt er utløsende for behov for emosjonsregulering. I denne situasjonen kan individet benytte en adaptiv eller en maladaptiv strategi for regulering av emosjoner, og dette vil påvirkes av opplevelser og erfaringer som individet har med seg fra tidligere i livet. Det tenkes at aleksitymi, interpersonlige vansker, lite emosjonelt støttende relasjoner, lav selvfølelse, og tidligere vanskelige hendelser er faktorer som kan påvirke hvilken strategi individet benytter for å regulere sine emosjoner. Den manglende evnen til å gjenkjenne og sette ord på følelser begrenser muligheten for adaptiv prosessering og regulering, og interpersonlige vansker kan henge sammen med dette, eksempelvis gjennom individets familiestruktur, lite emosjonelt støttende relasjoner, tilknytning, og hvordan en har lært å håndtere utfordrende og vanskelige situasjoner. Aleksitymi kan videre påvirke individets evne til empati og mentalisering, som kan gjøre det krevende å engasjere seg i og opprettholde relasjoner til andre. Disse faktorene gjør det vanskelig å benytte en adaptiv strategi for emosjonsregulering, da dette krever at en kan være bevisst, tolerere, forstå, og akseptere egne følelser. Alternativet er dermed en maladaptiv strategi, som i denne sammenheng tenkes å trigge overspising som emosjonsregulering. Modellen (figur 1) viser her at overspising utløser en syklus bestående av kroppsskam, lavt selvbilde, negativ selvevaluering, strenge regler for hva man spiser, og restriksjon, som igjen tenkes å føre til overspising. Det er ikke nødvendigvis slik at overspisingen i seg selv fører til kroppsskam, lavt selvbilde, negativ selvevaluering, strenge regler, og restriksjon. Dette er i virkeligheten et mer nyansert bilde, der disse faktorene kan eksistere i forkant, og trolig også ligge til grunn for den maladaptive reguleringen, noe som illustreres i modellen ved at lav selvfølelse også er satt opp som en predisponerende faktor. Men vi vet at overspisingsepisoder ofte følges av skam og skyldfølelse, og at enten følelsen



av å ha spist store mengder mat, eller faktisk overvekt som konsekvens av overspising, kan føre til skam omkring kroppsbilde, fasong og vekt, og bidra til lav selvfølelse. Ubehaget ved dette kan føre til perioder med strenge regler for matinntak og restriksjon, som igjen kan bidra til å øke risikoen for videre overspising. Kognitive inhibisjonsvansker er også en faktor som virker inn på denne prosessen. Det tenkes at slike vansker kan være en predisponerende risikofaktor, men også at individet vil kunne utvikle kognitive inhibisjonsvansker eller økende grad av slike vansker i takt med utvikling og varighet av BED (Mobbs et al., 2011).

Denne strategien for emosjonsregulering vil altså kunne starte en negativ spiral, som videre både trigger og forsterker seg selv, og ytterligere påvirkes av for eksempel stressende situasjoner og negativ affekt. Dermed tenkes det her at faktorene som kan relateres til maladaptiv regulering av emosjoner, vil kunne føre til utvikling av eller opprettholdelse av BED. En slik modell vil ikke kunne beskrive det enkelte individs mønster, da dette vil være svært varierende, men på gruppenivå kan det tenkes at man ser et mønster som ligner det som er presentert her. I modellen er det også inkludert noen grunnleggende ferdigheter som skal til for å kunne prosessere og regulere emosjoner på en adaptiv måte, og som illustrerer noen sentrale områder der det tenkes at EFT-behandling kan være relevant for å redusere BED-symptomer, eller virke forebyggende på utvikling av lidelsen. Disse emosjonsrelaterte ferdighetene har sammenheng med noen av de viktigste prinsippene innenfor EFT, og peker på hvordan EFT kan bidra til å hjelpe denne pasientgruppen basert på den forståelsen av BED som fremkommer i denne oppgaven.



Figur 1: Faktorer og mekanismer som virker inn på utvikling og opprettholdelse av BED

### Hvordan kan EFT være et godt behandlingsalternativ ut fra denne forståelsen av BED?

Med utgangspunkt i Pascual-Leone og Greenberg (2007) sin sekvensielle modell for emosjonsprosessering, som gir en beskrivelse av hvordan vanskelige følelser restruktureres og endres gjennom emosjonell prosessering, kan man tenke seg at startpunktet i EFT er såkalt globalt ubehag eller «global distress». Dette er identifisert som en emosjon med høy aktivering og lav grad av mening, som ikke er prosessert (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007). Denne tilstanden er relatert til markøren som kalles uklare eller uspesifiserte opplevelser innenfor EFT, og som preges av at en ikke klarer å sette fingeren på hva en opplever, ikke klarer å skille emosjoner fra hverandre, eller strever med å sette ord på det man føler. Det tenkes at denne markøren indikerer et behov for å jobbe med å kjenne etter på opplevelsen i kroppen, og jobbe med å sette ord på følelsene gjennom blant annet fokusering (Greenberg & Goldman, 2019). Målet er at pasienten skal kunne øve på å kjenne på følelser, differensiere følelser, og gi dem navn og mening. Ved at en i tillegg bruker tid i timene på å sette følelsene som aktiveres inn i et narrativ om pasientenes livshistorie,

emosjonelle læringshistorie, og hvordan adaptive følelser er informasjon om egne behov, øver en opp evnen til å forstå og forholde seg produktivt til egne følelser. En jobber mot at pasienten dermed skal kunne beskrive om det man kjenner er en adaptiv eller maladaptiv primær emosjon, eller om emosjonen er sekundær. Det er også et mål at pasienten skal kunne forstå hva disse emosjonene er, hvorfor de dukker opp, og at de kanskje ikke har noe med den umiddelbare situasjonen å gjøre, men heller trigges av noe i den. Dette kan ses på som en slags orientering i emosjonslandskapet. Det kan tenkes at en kan trekke paralleller mellom global distress og aleksitymi, da disse har flere likhetstrekk. Ut fra dette kan fokusering være en intervensjon som kan være til hjelp for pasienter med BED, da det ut fra denne oppgavens gjennomgang av teori og empiri knyttet til utvikling og opprettholdelse av BED ser ut til at aleksitymi er et konstrukt som ofte er til stede hos individer med BED. Med utgangspunkt i modellen (figur 1) tenkes det at dette bidrar til at pasienten regulerer sine emosjoner på en maladaptiv måte. I følge EFT-modellen for sekvensiell emosjonsprosessering (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007), kan det at pasienten i timen beveger seg mot å kunne differensiere sine tanker og følelser, lede til en av to ulike retninger på modellen: Avvisende sinne eller det å kunne kjenne på den primære maladaptive følelsen av frykt eller skam.

Det å være i denne tilstanden av «gammel» frykt og skam er maladaptivt i livet her og nå, men ved å aktivere denne følelsen i terapi gjøres den tilgjengelig for emosjonell endring og forståelse. Følelsen er også spesifikk, i kontrast til det globale ubehaget som pasienten tidligere har opplevd, noe som gjør den mer forståelig. Selv om frykt og skam er ulike emosjoner, ses de her som to emosjonelle tilstander som gir samme type informasjon til individet, som ofte innebærer å føle seg f.eks. utilstrekkelig, tom og ensom (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007). Dette kan knyttes opp til opplevelsen av skam som vist i modellen (figur 1), som ofte i BED er skam relatert til kroppsbilde, og henger tett sammen med selvbilde og opplevelsen av egen verdi som menneske. Når en snakker om kroppsskam, kroppsbilde, og selvbilde innenfor EFT, kan dette gå under markøren selvkritisk splitt. Her handler prosessen om hva pasienten sier til seg selv, hvilke verdier pasienten har internalisert, og hvilken påvirkning dette har på følelsene, og hvordan man forholder seg til seg selv og andre, og hva man gjør. I EFT er en av de viktigste intervensjonene ved selvkritikk to-stolsarbeid med selvkritisk splitt (Greenberg & Goldman, 2019). Pasienten uttaler selv fra den kritiske stolen hva den selvkritiske delen sier, mens i stolen som representerer den øvrige delen av selvet, setter pasienten ord på hva han eller hun kjenner på når denne kritikken mottas, og hva en kunne trenge fra seg selv. Når en gjennom denne intervensjonen får

mulighet til å manifestere og konfrontere to ulike sider av seg selv, åpner det for muligheten til å forstå hva det er som skjer når man er kritisk mot seg selv. Gjennom denne opplevelsen kan pasienten få oppdage spesifikt hvordan selvkritikken ikke er gunstig for selvet, og slik mykne den kritiske stemmen (Greenberg & Goldman, 2019). Videre kan en kjenne på hva en egentlig hadde trengt fra seg selv i krevende situasjoner, og slik øve opp evnen til å trøste og støtte seg selv. Ved at den maladaptive følelsen av skam aktiveres, i et trygt rom med en veiledende terapeut, gjør at følelsen kan gå an å romme, samtidig som det springer frem en økende grad av omsorg og positive følelser for seg selv. Denne intervensjonen (selvkritisk splitt) kan også gjøres mer spesifikt rettet mot kroppsskam, der kritikeren kommenterer direkte på kropp, vekt, og utseende (Ivanova & Watson, 2014). Dette gjør intervensjonen mer direkte rettet mot spiseforstyrrelser, og kan gjøre den ekstra nyttig i arbeid med personer med BED. Ofte vil pasienten i tostolsarbeid si noe om hvor en tenker at disse kritiske stemmene og kommentarene kommer fra i sin egen livshistorie, noe som kan gi en økt forståelse for at dette kan være internaliserte holdninger en har møtt fra andre. Ofte vil dette kunne gjelde viktige tilknytningspersoner, noe som kan åpne for videre arbeid med uoppgjorte forhold.

Arbeid med uoppgjorte forhold kan her knyttes til negative emosjonelle erfaringer og relasjoner til viktige andre. Metoden kan også brukes for å bearbeide traumatiske livshendelser, som ofte handler om en omsorgsperson, partner, overgriper, eller lignende, som imaginært kan plasseres i en stol. I denne typen stolarbeid kan pasienten gå gjennom episodiske minner, eller andre ting som representerer den traumatiske situasjonen, og få mulighet til å hevde seg, sette egne grenser, og sette ord på sine tanker og følelser overfor den som befinner seg i den andre stolen. Tostolsarbeid kan også bidra til å redusere skam, nettopp gjennom selvhevdelse og tydelighet, og kan samtidig jobbe med interpersonlige relasjoner med den andre, som er plassert i stolen. Både arbeid med frykt og skam, og arbeid med uoppgjorte forhold, vil kunne føre til at pasienten bedre forstår sine følelser, og til sunn prosessering av sine emosjoner, for eksempel gjennom en adaptiv sorgprosess. (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007). Videre kan arbeid med disse prosessene også lede til selvhevdende sinne og/eller selvberoligende atferd. Selvhevdende sinne kan beskrives som sinne som innebærer nok differensiering til at både positiv evaluering av selvet og/eller personlige behov står tydelige for individet. Dette er en type sinne som lar individet stå opp for seg selv, sette grenser, og kjempe for sin egen rett og sine eksistensielle behov (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007). Dette tenkes å være en type atferd som er svært tydelig og adaptiv, og det å sette ord på sine tanker og følelser, og finne styrke og mening i å stå opp for seg selv, kan være sentralt for behandlingen. Personer som strever mye med skam

og lavt selvbilde, slik som ofte er tilfellet hos personer med BED, kan ofte bruke mye tid på å snakke seg selv ned, vurdere seg selv som mindre verdt enn andre, og bruke mye krefter på andre fremfor seg selv. Dermed kan det å ta plass, og finne selvhevdelse, og fri seg selv for ansvar som tilhører andre, bli særlig viktig. Selvberoligende atferd kan også oppstå som følge av den samme prosessen som leder til selvhevdende sinne. Selvberoligende atferd karakteriseres av at individet fyller visse uttrykte behov selv. Dette fyller samme behov som selvhevdende sinne, men retter emosjonen innover i form av omsorg for selvet, heller enn utover (Antonio Pascual-Leone & Leslie S. Greenberg, 2007). Ut fra dette tenkes det at EFT vil kunne hjelpe pasienter med BED med sentrale mekanismer aleksitymi, interpersonlige problemer, traumatiske opplevelser, skam, og selvbilde, ved å arbeide med bevissthet, forståelse, og aksept av emosjoner.

Regulering av emosjoner står sentralt i modellen (figur 1), og emosjonsregulering er beskrevet som et viktig prinsipp innenfor EFT. Dette dekkes ikke av den delen av behandling som dreier seg om konkrete markører og intervensjoner, men er noe mer subtilt, og skjer ved behov gjennom hele behandlingsløpet (Greenberg & Goldman, 2019). Det å bruke mat som regulering av emosjoner kan ses på som en unngåelsesstrategi, der en unngår eller regulerer ned ubehagelige eller overveldende emosjoner med spising som beroligende eller distraherende. I behandling av BED vil en derfor søke å finne en mer adaptiv strategi for å håndtere emosjoner. Selv om de ulike intervensjonene innenfor EFT ikke er eksplisitt rettet mot å regulere emosjoner, vil man trolig bli bedre på å regulere emosjoner ved hjelp av intervensjoner for andre markører, da det vil gi en bedre tilgang til primære adaptive emosjoner som sier noe om hva vi trenger her og nå, og bedre forståelse av sekundære og primære maladaptive emosjoner, hva de betyr, og hvorfor de dukker opp. En vil derfor i mindre grad være styrt av de primære maladaptive emosjonelle skjemaene eller ha behov for å unngå disse følelsene. Det kan også arbeides mer indirekte med emosjonsregulering gjennom at terapeuten vil forsøke å hjelpe pasienten til å ikke overveldes av sine emosjoner underveis i terapien, «her og nå». Emosjonene skal oppleves, men ikke overvelde pasienten, slik at andre intervensjoner og prosesser skal kunne ha effekt. Gjennom bevisst øving på dette, og med hjelp til regulering fra terapeuten, vil denne typen regulering kunne internaliseres av pasienten, og fungere som redskap for å bedre kunne tåle, oppleve, og utforske emosjoner, samt nedregulere emosjoner som ellers ville blitt overveldende (Greenberg & Goldman, 2019). Denne prosessen veiledes av terapeuten, og vil derfor kunne ha sammenheng med den terapeutiske alliansen, som i EFT bygger på empatisk validering. Dette er noe av det første som skjer i terapi, og oppstår i møte med pasienten, uavhengig av terapiens gang. Terapeuten

er empatisk, og skaper et trygt rom der pasienten kan oppleve og utforske emosjoner (Greenberg & Goldman, 2019). Denne formen for trygghet og aksept i terapisisituasjonen bidrar til regulering av emosjoner, og kan også tenkes å fungere som intervensjon rettet mot skam og lavt selvbilde, samt at det trolig vil virke inn på arbeid med interpersonlige relasjoner gjennom den terapeutiske alliansen. Dette kan også peke på at de ulike prosessene i EFT virker inn på hverandre, og det kan tenkes at det er nettopp denne helheten som bidrar til å hjelpe pasienten til å oppnå bedre emosjonsregulering på sikt. Gjennom de ulike prosessene og intervensjonene som er beskrevet her, vil ulike deler av det pasienten strever med bli adressert og bearbeidet. Dette vil trolig redusere det underliggende ubehaget som tidligere har blitt opplevd som overveldende, øke toleransen for ulike emosjonelle opplevelser, øke forståelsen for de emosjonene som oppstår, og med dette trolig også redusere behovet for å unngå eller dempe emosjonelt ubehag ved hjelp av maladaptive strategier som overspising. Ut fra dette kan man tenke seg at en adaptiv form for emosjonsregulering hos personer med BED kan oppstå som følge av arbeid med de andre kategoriene i modellen (figur 1), og at dette videre vil kunne motvirke den negative effekten av disse kategoriene. Altså kan det tenkes at en negativ spiral som opprettholder BED erstattes av en mer positiv spiral, som bidrar til å motvirke BED, og føre til bedring.

Den kategorien som så langt ikke har blitt adressert fra oppsummeringen av forskning og teori om utvikling og opprettholdelse av BED, er restriksjon. Dette er et aspekt som i liten grad adresseres direkte innenfor EFT, men som derimot svært relevant og i stor grad adressert i CBT-E. Basert på den teoretiske forståelsen av overspising er restriksjon vist å kunne spille en viktig rolle i både utvikling og opprettholdelse av gjentakende overspisingsepisoder («Dietary Restraint Theory»), og det er vanskelig å se for seg en effektiv behandling av BED som ikke adresserer denne typen atferd, da det er vist at overspisingsepisoder i stor grad reduseres når en får justert restriktiv spiseatferd, eksempelvis i form av etablering av regelmessige måltider (Agras, 2019). Ut fra dette kan det tenkes at EFT og CBT tar tak i to ulike deler av BED, og at det kan være nødvendig med elementer fra begge former for behandling for å oppnå varig bedring. I denne drøftingen er det løftet frem at EFT-intervensjoner og rasjonale i ganske stor grad ser ut til å kunne adressere sentrale predisponerende, utløsende, og opprettholdende faktorer som fremkommer i teori og forskning på BED. Dette blant annet ved å øke toleranse for og forståelse av følelser, å kunne beskrive og kjenne igjen følelser, ved å øke selvomsorg og det å kunne hevde seg selv positivt i relasjon til andre, sørge over tap, og bearbeide traumer og vanskelige ubearbeidede følelser. Det å bidra til å gi mening og kontekst til emosjoner, og gi mulighet til å benytte seg av

emosjonenes informasjon og motivasjon, og fører til bedre regulering. Det er sannsynlig at dette kan bidra til å redusere mye av behovet for overspising, og gir pasienten forståelse for hva som skjer. Det er likevel ikke sikkert at dette har direkte effekt på selve overspisingen dersom ikke atferden adresseres spesifikt i behandling i tillegg. Her er CBT-E trolig mer effektivt. Dermed kan en tenke at en kombinasjon av de to (CBT-E og EFT) kan gi redusert behov for overspising og endret atferd, noe som forhåpentligvis kan bidra til endring over tid, og redusere grad av tilbakefall.

### **Begrensninger**

Denne oppgaven har visse begrensninger, da kanskje særlig med tanke på søk på og inklusjon/eksklusjon av materiale innenfor utvikling og opprettholdelse av BED. Søket begrenser seg i utgangspunktet til artikler med fokus på BED, og artikler som tar for seg spiseforstyrrelser eller spiserelatert problematikk på mer generelt nivå, ble ekskludert. Det er godt mulig at god og relevant informasjon på denne måten er ekskludert. Når det kommer til teoretisk forståelse av BED, er mye av dette basert på en bredere forståelse av overspising, da særlig knyttet til BN, og ikke spesifikt BED. Dette gjør at enkelte teorier ble ekskludert fra det originale søket, og ikke er fanget opp i denne oppgaven. Det er gjort gjennomgang av inkluderte artiklers referanselister for å finne frem til materiale relatert til teoretisk grunnlag, men det er mulig at deler av dette feltet ikke er dekket.

### **Konklusjon**

I denne oppgaven er det tatt sikte på å oppsummere relevant teori og forskning som kan bidra til forståelsen for hva som er hovedmekanismene for utvikling og opprettholdelse av BED, og i hvilken grad EFT kan adressere faktorer og mekanismer som er sentrale i forståelsen av utvikling og opprettholdelse av BED. Denne narrative reviewen belyser et behov for økt fokus på emosjoner i behandling av BED, da både teorier og empiri fremhever forholdet til emosjoner som sentralt i utvikling og opprettholdelse av BED. Det ser ut til at flere prosesser og intervensjoner som benyttes i EFT kan ha potensiale til å arbeide med endring innenfor det som her er kategorisert som viktige mekanismer i utvikling og opprettholdelse av BED. Likevel kan det synes å være behov for å gå utenfor rammene av en enkelt behandlingsform, da det finnes elementer som ikke dekkes av EFT, men som trolig kan adresseres ved hjelp av CBT-E. Denne kombinasjonen av arbeid med emosjoner og narrativ i samspill med atferdsendring kan, med utgangspunkt i denne gjennomgangen, se ut til å ha potensiale. Det er gjort relativt lite forskning på dette området, og det vil trolig være nyttig for

videre utvikling av behandling av BED å prøve ut om en slik behandlingsform kan ha effekt. Vi vet at BED er det største gruppen spiseforstyrrelser (Watson et al., 2018). Likevel synes den også å være forstått i mindre grad enn AN og BN. Vi vet også at behandling i for stor grad ikke har effekt, eller at effekten ikke er varig (Wilson et al., 2010). Dermed blir utprøving av nye mulige behandlingsmetoder relevant, og trolig verdt å se nærmere på. Med tanke på dagens situasjon, der vi venter på at BED skal tas i bruk som diagnose, samtidig som vi ikke har noen konkrete retningslinjer for behandling av denne lidelsen i Norge, kan utprøving av nye metoder potensielt være et steg i retning av å bygge opp en struktur omkring utredning og behandling av BED. Ut fra det som kommer frem av denne narrative reviewen, vil det være hensiktsmessig å gjøre videre studier på bruk av EFT i behandling av BED. Oppgaven belyser hvordan ulike intervensjoner og prosesser som tas i bruk i EFT kan ha effekt på viktige mekanismer og faktorer relatert til utvikling og opprettholdelse av BED, noe det kan være hensiktsmessig å undersøke videre. Det kan eksempelvis være nyttig å gjennomføre en pilotstudie basert på de tankene og funnene som er presentert her for å utforske den kliniske effekten av en slik behandling, og danne grunnlag for videre arbeid med utvikling av effektiv behandling med varige resultater for BED.

### Referanseliste

- Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 42(2), 169-179.
- Aguera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorqui-Bague, N., Jimenez-Murcia, S., Menchon, J. M., & Fernandez-Aranda, F. (2021, Jun). A review of binge eating disorder and obesity [Review]. *Neuropsychiatrie*, 35(2), 57-67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2017). Social cognition and emotional functioning in patients with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*. Vol.25(3), pp. 172-178. <https://doi.org/10.1002/erv.2504>
- Andres, A., & Saldana, C. (2014, Nov). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, 34(11), 944-950. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2014.09.003>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) (Fifth edition ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>



- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Bardezard, Y. A., Khanjani, S., Asl, E. M., & Dolatshahi, B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women With Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 2-15. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>
- Blomquist, K. K., Ansell, E. B., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2012). Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1088-1095. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.003>
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2017). Conceptualising binge eating: A review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*. Vol.34(3), pp. 168-198. <https://doi.org/10.1017/beh.2017.12>
- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotion-focused therapy and dietary counseling for obese patients with binge eating disorder: a propensity score-adjusted study. *Psychother Psychosom*. Vol. 82, pp. 193-194 <https://doi.org/10.1159/000343209>
- Compare, A., & Tasca, G. A. (2016). The rate and shape of change in binge eating episodes and weight: An effectiveness trial of emotionally focused group therapy for binge eating disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Vol.23(1), 2016, pp. 24-34. <https://doi.org/10.1002/cpp.1932>
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol.43(1), 2004, pp. 1-16. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1348/014466504772812931>
- da Luz, F. Q., Hay, P., Wisniewski, L., Cordas, T., & Sainsbury, A. (2020). The treatment of binge eating disorder with cognitive behavior therapy and other therapies: An overview and clinical considerations. *Obesity Reviews*, 17 <https://doi.org/10.1111/obr.13180>
- De Fruyt, J., Sabbe, B., & Demyttenaere, K. (2020). Anhedonia in Depressive Disorder: A Narrative Review. *Psychopathology*, 53(5-6), 274-281. <https://doi.org/10.1159/000508773>
- Duchesne, M., De Oliveira Falcone, E. M., De Freitas, S. R., D'Augustin, J. F., Marinho, V., & Appolinario, J. C. (2012, 2012). Assessment of interpersonal skills in obese women with binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 17(7), 1065-1075. <https://doi.org/10.1177/1359105311432326>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington, DC, US: American Psychological Association; US.

- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 842-855. <https://doi.org/10.1002/cpp.2319>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 15, Article 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). Clinical handbook of emotion-focused therapy. Clinical handbook of emotion-focused therapy. xiv, 534 pp. Washington, DC, US: American Psychological Association; US.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*. Vol.15(3), 2011, pp. 132-139. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.005>
- Helmikstøl, Ø. (2021). De forsømte pasientene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 556-562. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsømte-pasientene>
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647-660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Vol.200(3), pp. 232-237. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
- Ivanova, I., & Watson, J. (2014). Emotion-focused therapy for eating disorders: Enhancing emotional processing. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. Vol.13(4), pp. 278-293. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2014.910132>
- Kenardy, J., Arnou, B., & Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 30(6), 839-844. <https://doi.org/10.3109/00048679609065053>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C., & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health

- surveys. *Biological Psychiatry*. Vol.73(9), pp. 904-914.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kittel, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge eating disorder: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 48(6), 535-554. <https://doi.org/10.1002/eat.22419>
- Lacey, J., Downey, L., & Malkin, J. (1986). Current approaches: Bulimia nervosa. L..  
*Downey & J. Malkin (Eds.)*, 17-27.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 49, 125-134.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
- Leehr, E. J., Schag, K., Dresler, T., Grosse-Wentrup, M., Hautzinger, M., Fallgatter, A. J., Zipfel, S., Giel, K. E., & Ehlig, A.-C. (2018). Food specific inhibitory control under negative mood in binge-eating disorder: Evidence from a multimethod approach. *The International journal of eating disorders*, 51(2), 112-123.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22818>
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000). On the relation of attempting to lose weight, restraint, and binge eating in outpatients with binge eating disorder. *Obesity Research*, 8(9), 638-645. <https://doi.org/10.1038/oby.2000.82>
- Mason, T. B., Smith, K. E., Anderson, L. M., & Hazzard, V. M. (2021, 2021). Anhedonia, positive affect dysregulation, and risk and maintenance of binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 54(3), 287-292.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23433>
- Maxwell, H., Compare, A., Brugnera, A., Zarbo, C., Rabboni, M., Dalle Grave, R., & Tasca, G. A. (2018). Reflective functioning and growth in therapeutic alliance during emotionally focused group therapy for binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. Vol.22(1), pp. 32-44.  
<https://doi.org/10.1037/gdn0000078>
- Mobbs, O., Iglesias, K., Golay, A., & Van Der Linden, M. (2011). Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder. Investigation using a mental flexibility task. *Appetite*, 57(1), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.04.023>
- Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V., & Wilhelm, F. H. (2012). Binge eating in binge eating disorder: a breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*, 195(3), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.016>
- O'Loughlen, E., Grant, S., & Galligan, R. (2021). Shame and binge eating pathology: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2615>

- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.75(6), pp. 875-887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pike, K. M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*. Vol.142(1), pp. 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.006>
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior therapy*, 29(2), 257-276. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(98\)80006-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(98)80006-3)
- Sømme, C., & Vikman, M. D. (2020). Emosjonsfokuset terapi – sentrale begreper og prosesser i terapien. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 17(02),pp.139-150. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-07>
- Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2016). Family functioning in adolescents with binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 24(5), 430-433. <https://doi.org/10.1002/erv.2462>
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs [Article]. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235-241. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200009\)28:2<235::AID-EAT15>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2<235::AID-EAT15>3.0.CO;2-1)
- Watson, H. J., Jangmo, A., Smith, T., Thornton, L. M., von Hausswolff-Juhlin, Y., Madhoo, M., Norring, C., Welch, E., Wiklund, C., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2018). A register-based case-control study of health care utilization and costs in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol.108, pp. 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.011>
- World Health Organization (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)* <https://icd.who.int/>
- Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. Basic Books.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004, Nov). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738. <https://doi.org/10.1177/0145445503259853>

- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*. Vol.67(1), pp. 94-101. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
- Woods, A. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2010). Examining the relationship between dietary restraint and binge eating: Differential effects of major and minor stressors. *Eating behaviors*, 11(4), 276-280. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.08.001>